

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 363

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René GARNIER

Né à Nantes le 23 octobre 1883

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

HÉMATOCÈLES SUPPURÉES
DU CORPS THYROÏDE

Président : M. SEGOND, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, Éditeurs

15, rue Racine, 15

—
1910

363

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

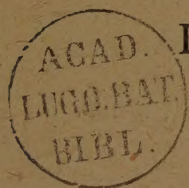
René GARNIER

Né à Nantes le 23 octobre 1883

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

HÉMATOCÈLES SUPPURÉES

DU CORPS THYROÏDE



Président : M. SEGOND, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^e, Éditeurs

15, rue Racine, 15

—
1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHEL
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements.		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSEIME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

A MES PREMIERS MAITRES

MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NANTES

MONSIEUR LE DOCTEUR POISSON
Professeur de Clinique chirurgicale

MONSIEUR LE DOCTEUR SOURDILLE
Professeur suppléant
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR
MAURICE BUREAU
Professeur de Médecine légale
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD
Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR POTHERAT
Chirurgien de l'Hôpital Broussais

MONSIEUR LE DOCTEUR BRAULT
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOIR
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE DOCTEUR BAR
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique
Accoucheur de la Clinique Tarnier

Je tiens à remercier ici M. le Dr Demoulin, chirurgien de l'Hôpital de la Charité, qui a bien voulu me procurer les facilités d'exécuter ce travail, ainsi que MM. les Drs Le Mée et Graziani, dont les conseils m'ont été précieux pour mes recherches.

HÉMATOCÈLES SUPPURÉES

DU

CORPS THYROÏDE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, en suivant le service de M. Demoulin, chirurgien de l'hôpital la Charité, d'observer un cas très intéressant de tumeur thyroïdienne ayant évolué par poussées successives et s'étant accompagné en dernier lieu d'une légère élévation de température. Devant cette allure anormale de l'affection, M. Demoulin se décida à une intervention rapide à laquelle nous eûmes la chance de pouvoir assister. M. Le Mée, interne du service, voulut bien nous confier quelques fragments de la tumeur dont nous avons fait reproduire une des coupes les plus intéressantes : il s'agissait d'une hématocele thyroïdienne suppurée. Nous ne trouvâmes de cette affection que des descriptions incomplètes et c'est ce qui

nous poussa à en faire le sujet de notre thèse afin d'en ébaucher une description d'ensemble.

Sous le nom d'hématocèle, à s'en tenir à un sens absolu du mot (αιμα sang, κηλη, tumeur), on devrait décrire toutes les formations sanguines du corps thyroïde, en réalité nous réserverons ce nom aux seuls épanchements sanguins enkystés du corps thyroïde et nous n'envisagerons qu'une variété de ces tumeurs, les hématocèles suppurées.

C'est à dessein que nous employons ce mot de « variété », car nous croyons que la transformation purulente du contenu intra-kystique n'est pas une simple complication, comme on peut en trouver au cours de l'évolution de tout hématome. Les conditions d'apparition, la marche de la maladie que nous essayerons de décrire semblent en faire une affection qui doit être mise à part, empruntant à l'apoplexie thyroïdienne et à la strumite suppurée quelques-uns de leurs symptômes, mais les confondant pour établir un type clinique qui nous a paru intéressant.

Après un court exposé historique de la question, où nous ne pourrons malheureusement pas faire appel à l'autorité de nombreux ouvrages ayant traité la question qui nous occupe, nous décrirons les lésions essentielles et caractéristiques des hématocèles suppurées et nous insisterons particulièrement sur deux caractères qui nous paraissent résumer tous les autres : présence de nombreuses végétations intrakystiques, absence pour ainsi dire de germes microbiens dans le contenu purulent.

Nous insisterons ensuite sur le mode d'apparition et le mode de production de ces accidents, en passant en revue quelques-unes des hypothèses les plus courantes pour exposer ensuite celle qui nous paraît la plus satisfaisante.

Le mode d'infection du kyste hématique nous arrêtera quelque temps, l'étude des thyroïdites et des strumites ayant pris une importance capitale en pathologie dans ces dernières années, nous essaierons d'appliquer les données nouvelles à la pathogénie des hématocèles suppurées. De la lecture des observations qu'il nous a été possible de retrouver, nous nous efforcerons d'indiquer un tableau clinique répondant à la moyenne des cas, quitte à revenir sur les descriptions de certaines formes spéciales, dont nous aurons besoin au chapitre suivant.

Nous y discuterons les différents signes nous permettant d'éliminer certaines affections qui peuvent revêtir le masque de l'hématocèle, le diagnostic différentiel avec les thyroïdites et les strumites occupera une large part.

Nous traiterons, dans notre dernier chapitre, des différents moyens thérapeutiques préconisés, en essayant d'en faire la critique d'après les résultats signalés. Enfin, nous mentionnerons les ouvrages que nous avons dû consulter, afin qu'on puisse vérifier ou compléter les assertions formulées au cours de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avant 1825, date à laquelle parut le mémoire de Maunoir (de Genève), on ne trouve aucune description ni même aucune mention de l'hématocèle thyroïdienne, et encore cet auteur ne fait-il que citer les hémorragies possibles à l'intérieur de certains kystes. Une observation est rapportée par Dupuytren en 1839, au sujet d'un hématome trouvé dans un kyste en voie de dégénérescence maligne.

Ce fut Gallois, dans un mémoire sur le goitre kystique paru en 1848 qui donna vraiment la première description anatomo-pathologique de cette lésion : « En coupant la paroi, dit-il, on y distingue de dehors en dedans une couche fibreuse constituant l'enveloppe propre du kyste, une couche formée par des caillots sanguins et enfin dans la cavité un liquide couleur chocolat qui s'est écoulé au moment de la division. En résumé, on trouve dans le kyste un liquide extrêmement variable comme couleur et comme propriétés, tantôt transparent, clair, séreux, jaune, roussâtre, brun, couleur lie de vin, sanguinolent. »

En 1852 Michaux de Louvain reprit au point de vue clinique l'étude des hématoécèles dont Gallois avait fourni les données anatomo-pathologiques. Des trois observations nouvelles qu'il joignait à son mémoire, il pouvait conclure qu'il devait exister « au cou, des kystes contenant du sang, émanant le plus souvent de la glande thyroïde. » Il propose de les appeler hématoécèles afin de les distinguer « des anévrismes, des tumeurs érectiles, du goitre vasculaire et du fungus hématoide ».

Mais si Michaux eut le mérite d'attirer l'attention des observateurs sur cette affection, il eut le tort d'en exagérer considérablement la gravité.

En 1855, Desgranges décrit le goitre hématique dont les caractères paraissent plutôt ceux de l'hématoécèle.

On trouve ensuite dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris* une description faite par Cruveilhier en 1854 d'une thyroïde d'adulte composée presque exclusivement de kystes sanguins à parois épaisses.

Demarquay, en 1860, dans ses notes sur les tumeurs de corps thyroïde mentionne les kystes hématiques. Pourtant il n'insiste nullement sur le début brusque que présentent quelques-unes de ces tumeurs, et dont une remarquable observation, devait être rapportée deux ans plus tard, en 1862, par Sédillot et Cochur dans la *Gazette des Hôpitaux*.

En 1864 Williams publie dans *The Lancet* le cas

semblable d'une hématocele du cou, mais survenu chez un enfant de cinq mois.

Gosselin dans ses *Cliniques chirurgicales de la Charité* fait une description détaillée de l'hématocele du cou, reprise en 1879 par Mollière dans le *Lyon médical*.

Mais en somme, le premier travail important paru sur cette question est la thèse de Peut en 1884, qui donna à l'hématocele une pathogénie que nous aurons occasion de discuter.

Tillaux en 1888 publie le cas d'un kyste sanguin du corps thyroïde et en profite pour décrire le mécanisme de l'apoplexie thyroïdienne.

Mermet développe, en 1896, les données fournies par Peut en s'appliquant surtout à mettre au point l'étude des constatations anatomo-pathologiques.

Or, l'on est étonné de voir que tous ces auteurs passent sous silence ou mentionnent seulement l'une des complications les plus redoutables de l'hématocele, c'est-à-dire la transformation purulente du contenu sanguin.

Pourtant, dès 1845, Lebert avait décrit les inflammations de la glande thyroïde et Bauchet en 1856 avait présenté un mémoire très remarquable sur les goîtres enflammés ou goîtres aigus. Et tandis que les thyroïdites et les strumites faisaient l'objet de très nombreux travaux que nous ne citerons pas ici, puisque nous devons reprendre cette question au chapitre de la pathogénie, les hématoceles étaient presque entièrement laissées dans l'ombre.

Actuellement encore, les livres classiques mentionnent seulement la présence de pus dans des poches d'hématocèle comme une complication. Mais nous n'en avons trouvé aucune description détaillée dans les articles de Gérard Marchant, de Kocher, de Krieshaber, etc. Troche, dans sa thèse très remarquable de 1905 sur les hématocèles thyroïdiennes, n'y consacre que quelques lignes :

« Le kyste contenant du sang peut très facilement s'infecter, et l'on conçoit la facilité avec laquelle les collections sanguines peuvent suppurar ; c'est une complication fort grave, car là encore le malade est menacé d'asphyxie par compression des voies aériennes et éruption de pus dans la trachée. On peut redouter l'œdème glottique concomitant et peut-être aussi la septicémie. » Nous verrons plus loin ce qu'on doit en penser.

Bérard dans le *Nouveau Traité de Le Dentu-Delbet* et surtout dans différents articles publiés en collaboration avec Chalié et Orsat, rapporte des observations des plus démonstratives d'hématocèles thyroïdiennes suppurées.

Tout dernièrement enfin, MM. Demoulin et Le Mée ont eu l'occasion d'en observer un cas des plus intéressants que nous rapportons en détails.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce qui caractérise avant tout l'adénome thyroïdien, exception faite de la variété fibreuse (goitre fibreux) c'est le développement extrême du système vasculaire, et l'on peut dire que les vaisseaux sanguins non seulement jouent un rôle prépondérant dans la formation de ces néoplasmes, mais qu'ils sont les agents principaux des complications infectieuses que nous avons à étudier.

Laissant tout à fait de côté pour le moment les distinctions faites parmi les diverses variétés de goitres au point de vue de l'histogenèse, des formes anatomiques et des dégénérescences, nous distinguerons deux grands types d'hématocèles suppurées : les hématocèles uniloculaires et les hématocèles pauciloculaires.

Nous n'avons pas trouvé mention de tumeurs occupant la totalité du corps thyroïde, enserrant la trachée, analogues aux goitres circulaires ou annulaires de Chassaignac, au goitre cylindrique de Krieshaber ; le kyste hémorragique siège au niveau d'un seul lobe. Ce dernier est déformé, ovalaire, repoussant en dehors le sterno-cléido-mastoïdien, de

surface irrégulière, mamelonnée, semblant contenir plusieurs noyaux importants comme dans notre cas, quand en réalité il s'agit seulement de petits kystes faisant saillie à la superficie de la glande par suite du développement de la tumeur principale.

Le parenchyme glandulaire considérablement réduit constitue une capsule très mince qui permet de faire en général une énucléation facile, mais qui est sillonnée intérieurement de vaisseaux très nombreux et de veines dilatées.

L'ouverture de la poche kystique principale donne issue à un liquide qui ne présente pas toujours le même aspect. Tantôt il est de couleur brun foncé, couleur chocolat (obs. III), tantôt brun plus clair, comme du sang épanché depuis un certain temps et en voie de transformation purulente (obs. IV), tantôt jaunâtre, couleur mastic, mélangé à des caillots sanguins et (obs. II) tantôt enfin il s'agit d'un mélange de pus et de sang (obs. I, V, VI) mais jamais ce dernier n'est franchement rutilant, analogue à celui qu'on retire souvent par ponction de kystes thyroïdiens même à contenu colloïde.

C'est qu'en effet le sang reste rarement à l'état liquide, à moins qu'il ne s'agisse d'hémorragies intenses, cataclysmiques, nécessitant une intervention immédiate. Brüning tout dernièrement relate un de ces cas qui pouvait être mis en parallèle avec ceux d'Heidenreich, de Maschka, de Gubl, de Simon et de Koenig, mais ces faits sont tout à fait exceptionnels.

En général, le sang se coagule, la fibrine se sépare, les globules rouges se désagrègent mettant en liberté l'hémoglobine qui donne naissance à des granulations d'hématoïdine en même temps qu'apparaissent des granulations pigmentaires qui sont de règle dans toute destruction sanguine partielle (Brault). Le caillot sanguin remplit alors exactement la cavité avec ses contours caractéristiques en poire (Wœlfler) d'hématocèle thyroïdienne, dont Bérard a reproduit dans son traité un exemple absolument typique. On y peut trouver également des paillettes de cholestérine (obs. V), voire même de véritables calculs comme dans les cas restés classiques de Gosselin et Daake : il s'agissait d'un gros kyste hématique du corps thyroïde qui contenait sept calculs chacun de la grosseur d'un pois. Pareil fait avait été constaté par Nivete. Wœlfler en mentionne de la grosseur d'une noisette.

Le liquide est peu épais, la poche se vide presque en totalité dès qu'on l'a ouverte, et ne présente aucune odeur caractéristique, tout à fait différent par conséquent du pus des thyroïdites infectieuses et des strumites. L'épaisseur de la paroi du kyste est variable, depuis 2 millimètres (Tröche) jusqu'à 1/2 centimètre d'épaisseur comme dans les cas de Kümmer, de Demoulin et Le Mée ; la consistance est mollassse dans les hématocèles récentes (obs. IV), fibreuse, voire même crétacée dans les vieux kystes (obs. II, III) par suite du dépôt de plaques calcaires qui peuvent envahir toute la paroi : nous verrons

plus loin l'importance de cette constatation. La surface interne présente des bosselures tapissées d'un dépôt de fibrine et de pus épais qui se laisse facilement enlever avec l'ongle. Au-dessous se montrent des excroissances papilliformes fortement vascularisées. Sur la pièce que nous avons eu l'occasion d'examiner il s'agissait presque d'un tissu caverneux dont les loges les plus profondes atteignaient la capsule du kyste, c'est-à-dire la membrane la plus superficielle.

Il nous paraît donc difficile de distinguer, comme l'ont fait Cruveilhier, Peut, Mermet et Troché, deux feuilletts dans la paroi kystique, l'un fibreux, l'autre séreux ou hématique, le premier adhérent plus ou moins au tissu thyroïdien sain, voire même « semblant se continuer sans démarcation avec le stroma conjonctif de la thyroïde », le second constitué par des végétations des follicules thyroïdiens normaux. Il s'agit simplement de modifications d'un même tissu envisagé sur différents points, ainsi que va nous le montrer l'examen microscopique.

Examen microscopique. — A la périphérie, les capillaires sont très augmentés de volume, dilatés par un afflux sanguin considérable dont la coagulation ancienne en certains points a déterminé des foyers de thrombose. Les parois veineuses sont épaissies par le processus phlébitique, les parois artérielles modifiées par les lésions d'endartérite, sorte d'épaississement fibreux qui oblitère plus ou moins la lumière du vaisseau. Tout autour se

disposent de nombreux leucocytes. Les fibres conjonctives ont une direction parallèle à la surface de la poche, et elles sont séparées par de grandes cellules plates. Les follicules thyroïdiens primitifs sont encore représentés, mais déformés, circulaires ou polyédriques, voire même réduits à de simples amas de cellules épithéliales dont les contours sont assez nets. La substance colloïde a disparu, elle est remplacée par quelques globules de pus.

Plus profondément l'aspect est modifié par la présence des végétations intra-kystiques constituées par des follicules thyroïdiens dégénérés autour desquels rampent des vaisseaux extrêmement nombreux, véritable réseau vasculaire dont les parois sont réduites à une couche endothéliale. Quelques-uns sont directement en rapport avec la cavité purulente et sont bourrés de globules rouges et de leucocytes. On aperçoit également des cellules rondes, embryonnaires, qui comblent les espaces libres entre les végétations kystiques. Les filaments de fibrine emprisonnant dans leurs mailles des globules de pus ou des leucocytes en voie de dégénérescence constituent le revêtement le plus profond, ils sont pour ainsi dire spécifiques de l'hématocèle suppurée, car ils indiquent la nature hémorragique de la lésion. Enfin, entre les amas d'éléments épithéliaux provenant pour la plupart de la destruction des parois folliculaires s'entre-croisent de fibrilles conjonctives qui tranchent plus ou moins nettement sur les foyers d'hémorragie interstitielles en voie de transformation.

Tous ces caractères sont communs aux hémato-cèles suppurées d'emblée et aux hémato-cèles évoluant par poussées successives. Cependant, nous savons que dans ces dernières la paroi kystique est beaucoup plus épaisse. On trouvera donc plus nombreux ces foyers anciens d'hémorragies interstitielles, on pourra même, dans les lames fibreuses qui leur servent de limites, voir de petites aiguilles à faces rugueuses « qui tranchent en gris ou en noir, qui dissocient les faisceaux conjonctifs, enfouissant sous leurs dépôts crétacés les formations folliculaires. Ce sont des plaques calcaires qu'il n'est pas rare de trouver à la surface interne de la paroi des anciens goîtres ou de vieilles hémato-cèles. »

En résumé, en allant de la superficie vers la profondeur, nous voyons les vaisseaux d'abord très dilatés être envahis peu à peu par une sorte de processus scléreux qui non seulement les enserme, mais réagit sur leur tunique interne en déterminant une dilatation marquée des capillaires les plus profonds qui se rompent suivant un mécanisme que nous allons étudier. Retenons également les lésions constantes de phlébite qui nous expliqueront peut-être la voie d'infection des hémato-cèles thyroïdiennes.

Le contenu. — Nous avons signalé les caractères microscopiques du contenu de l'hémato-cèle et avons insisté particulièrement sur son aspect qui rappelle celui du contenu des abcès froids. Cette remarque est encore vraie au point de vue microscopique :

Souvent le pus est stérile. Seul Garin signale dans

un cas de nombreux diplocoques prenant le Gram et les couleurs basiques, mais il n'a trouvé ni streptocoques ni bacilles de Koch. Tavel a inoculé deux tubes d'agar, trois tubes de gélatine, tous ces tubes restèrent stériles et à l'examen microscopique il ne découvrit aucun microbe.

Ses résultats furent meilleurs avec le contenu d'une autre poche.

Il trouva des bacilles tantôt isolés, tantôt associés, qui se coloraient fortement avec le bleu de Loeffler chaud. Dans le tube de gélatine en piqûre il se développa une culture blanchâtre, qui s'étendit irrégulièrement à la surface de la gélatine. Sur agar, il constata un enduit grisâtre mais pas épais. La culture sur bouillon détermina un trouble diffus avec dépôt au fond du tube. La méthode de Vincent resta négative et l'inoculation à la souris et au cobaye sans effet.

L'examen bactériologique de la paroi de la tumeur lui permit de voir quelques bacilles isolés ou en petits groupes dispersés irrégulièrement entre les cellules. Tavel conclut du résultat de ses cultures et de l'examen microscopique qu'il s'agissait sans doute de bacille d'Eberth, quoique les caractères ne fussent pas spécifiques : n'ayant pu découvrir d'autres micro-organismes, force nous est, dit-il, d'admettre le rôle étiologique du bacille typhique.

M. Sevestre, interne des hôpitaux, par contre, ne découvrit aucun microbe dans le pus de l'observation I. Ses résultats furent négatifs également

dans la recherche d'éléments figurés au niveau des parois de l'hématocèle.

Chalier dans l'observation III malheureusement, ne fait mention d'aucun examen bactériologique.

Cette stérilité du contenu d'hématocèles thyroïdiennes suppurées n'est pas faite pour nous surprendre. Elle se rencontre en effet fréquemment dans les abcès glandulaires comme l'ont montré Kartulis, Bokai, Talamon, Lœnstein, Netter, Longuet, Veillon, Péron pour la glande hépatique, Rendu, Boulloche, Debove et Renaut pour le testicule, Tuffier pour le rein, Roger Garnier, Bérard et Genevet pour la glande thyroïde. Et à ce sujet les deux observations de Genevet sont des plus intéressantes puisqu'il s'agissait d'abcès chauds à marche aiguë, ainsi que la rapidité de leur évolution en avait témoigné et opérés par Bérard dans le service du professeur Poncet.

Dans le premier cas, l'ensemencement fut fait dans un bouillon parfaitement neutre et dans du bouillon légèrement acide, puis dans le vide et sur de la gélatine. Au bout de vingt-quatre heures, rien n'avait poussé et au bout de vingt jours tous les bouillons et le tube de gélatine étaient restés absolument stériles. L'inoculation faite avec ce pus quelques heures après l'opération à un cobaye ne donna lieu à aucun phénomène inflammatoire ni local, ni général.

Dans le second cas, les mêmes résultats furent obtenus.

On se trouvait donc en présence d'abcès aseptique

du corps thyroïde et il est permis de penser que les sécrétions internes de la thyroïde à l'instar des sécrétions de la glande, jouent peut-être un rôle microbicide.

Or, il s'agissait de lésions certainement plus graves, plus aiguës et plus septiques que celle qu'on a observées dans les hématoécèles thyroïdiennes, la constation de pus amicrobien dans ces dernières tumeurs ne doit donc pas nous étonner. Nous allons voir si au point de vue pathogénique de tels faits sont susceptibles d'être expliqués.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

CAUSES PROVOCATRICES DE L'HÉMATOCÈLE

Avant tout il convient de montrer quelles sont les modifications qu'apportera dans le parenchyme glandulaire, la présence d'un adénome kystique, car ce sont ces perturbations qui vont être les causes directes de l'hémorragie goitreuse.

Depuis Fodéré, Brandi, Portal, Walther et Heidenreich, on sait que sous l'influence de la tumeur, le tissu environnant se congestionne, déterminant une série d'hémorragies intraglandulaires auxquelles succèdent des foyers de sclérose qui contribuent à former tout autour du kyste une coque plus ou moins épaisse. Sur la paroi interne le même phénomène se produit avec prolifération intense des cellules épithéliales de revêtement. Il en résulte des végétations papillaires formées seulement d'un revêtement endothélial simple et dans lesquelles pénètrent des pro-

longements à structure embryonnaire des capillaires voisins.

La présence de la zone fibreuse péri-kystique augmente encore plus le degré de tension de ces néo-vaisseaux qui peuvent se rompre facilement, car leurs parois, avons-nous dit, sont extrêmement minces. Ajoutons qu'ils peuvent offrir en certains points de véritables dilatations en ampoule, signalées par Cornil, qui diminuent encore leur résistance. C'est ainsi qu'on peut expliquer l'abondance avec laquelle se font les hémorragies (Virchow). Dès que l'un de ces capillaires est rompu, le sang vient se mélanger au liquide filant jaune ambré, caractéristique de la substance colloïde. Puis des « caillots fibrineux diversement teintés par le pigment des globules rouges altérés, se déposent dans les parties déclives entraînant avec eux les débris cellulaires ». Il en résulte une sorte de liquide ordinairement trouble dans lequel se dépose des paillettes de cholestérine que nous avons signalées. Toutefois, si l'hémorragie est abondante, le sang distend la paroi kystique et les capillaires exogènes aplatis contre elle se rompent avec une égale facilité, en même temps il pénètre à travers les végétations voisines, dilacère, déchire pour ainsi dire les couches constituantes de la membrane interne, ce qui ne fait qu'augmenter encore plus l'intensité de l'hémorragie. En somme, il suffit d'une cause minime pour occasionner un épanchement considérable. *Mais quelle sera cette cause ?*

Troché invoque le *traumatisme* qui produit « un froissement, écrasement, déchirure des petits vaisseaux qui baignent les végétations et de là, hémorragie plus ou moins abondante, suivant l'intensité du traumatisme » ; mais cet auteur fait remarquer qu'il n'a pu relever aucun cas d'hématocèle thyroïdienne produit par ce mécanisme.

Les congestions au moment des époques menstruelles semblent mieux démontrées.

L'observation de MM. Demoulin et Le Mée plaide en faveur de cette cause. Il est de notion courante que la glande thyroïde peut augmenter de volume au cours de certaines périodes de la vie génitale, règles ou accouchements. Jean-Louis Petit en 1740 fut le premier à appeler l'attention sur ce point : « Il arrive, dit-il, assez souvent aux femmes à la suite de leurs couches, que la glande thyroïde se gonfle et forme une tumeur plus ou moins considérable. Cette maladie arrive quelquefois aux filles qui n'ont pas encore leurs règles ou chez qui cette évacuation naturelle s'établit difficilement. »

Après lui Chailly (1842), Natalis Guillot (1860), P. Dubois, Cazeaux, Tarnier (1867), Levêque (1872), Ollivier (1873), signalèrent des cas analogues en montrant que l'hypertrophie peut se prolonger même bien après l'accouchement.

Mais ce fut Pastriot, dans sa thèse en 1876 (*Etude sur les Goitres dépendant de la Grossesse et de l'Accouchement*), qui le premier, en se plaçant surtout au point de vue anatomo-pathologique, décrivit les

hématocèles thyroïdiennes au cours de l'accouchement en faisant intervenir le facteur : effort. Il y a congestion, dit-il, et apoplexie thyroïdienne, et il rappelle les cas de Luton, de Bach, de Cornil, de Tardiveau (ce dernier les ayant décrits sous le nom de goîtres sanguins), de Richter, de Frank, Walther, Graffe, Tarl, Beck. Ce processus a d'ailleurs été observé encore par Lawson Tait (1875), Beclard, Cloquet, Porcher (1880), Chapentier (1883), il y a rupture, dit cet auteur, des vaisseaux dilatés, ramollis et ulcérés et là, apoplexie et épanchement sanguin, processus invoqué ensuite par Tillaux et Kocher.

Toutefois, il ne faut pas confondre ces phénomènes de congestion simple avec les hématocèles qui nous occupent, et il est vraisemblable que les quelques cas d'hémorragies intra-kystiques rapportés par plusieurs auteurs doivent avoir le même sort que les goîtres vasculaires du nouveau-né ramenés pour la plupart à de simples congestions thyroïdiennes par Richard dans sa thèse en 1906. Au contraire, l'observation I traite manifestement d'une hématocèle vraie.

Quelle que soit la cause admise, traumatisme, congestion réflexe ou effort, le résultat est le même ; il y a dilatation très marquée du système veineux périthyroïdien ainsi que nous le prouvent les constatations cliniques et opératoires. Cette gêne de circulation de retour va se répercuter sur les capillaires péri-kystiques. A un moment donné l'équilibre cessera d'exister entre la pression du liquide intra-kystique

et ces capillaires, d'où rupture des vaisseaux que contiennent les végétations polypoïdes signalées et hémorragie à l'intérieur de la poche thyroïdienne.

Ce processus est absolument analogue à celui des hémorragies moins considérables que l'on observe au cours des simples congestions et qui se répartissent sur la totalité de l'organe. Seule la présence du kyste donnera à cet accident banal une physionomie tout à fait particulière.

Mais nous n'avons envisagé jusqu'ici que les causes extrinsèques d'hématocèle thyroïdienne. *Peut-il y avoir des causes intrinsèques*, en un mot l'hémorragie peut-elle avoir lieu du fait même d'une modification kystique ?

Porché admet qu'il peut se produire une diminution de la tension intra-kystique pour des raisons d'ordre probablement « chimiques » et émet l'hypothèse qu'il peut se passer à ce niveau des phénomènes analogues à ceux que l'on observe « dans la variation des chlorures de l'organisme », échanges se faisant entre le contenu du kyste et le liquide sanguin.

Cette théorie est loin d'être satisfaisante. Elle ne peut être confirmée ni par l'examen physique qui permet très difficilement de juger de la diminution de tension du kyste, si tant est qu'on ait reconnu ce dernier, ni par l'examen histologique qui signale dans les cas d'hématocèle une dilatation des capillaires thyroïdiens. Bien plus, cette dilatation lui est tout à fait contraire.

Nous croyons donc que deux hypothèses sont possibles, en admettant *a priori* que la tension du liquide intra-kystique restât la même : ou bien la pression augmente dans les capillaires voisins et ceux-ci se rompent, ou bien il y a irritation de la membrane interne, irritation à laquelle participent les végétations intra-kystiques qui vont devenir les facteurs directs, peut-être même uniques, de l'hématocèle. On peut alors résumer le processus de la façon suivante :

Le caillot fibrineux s'étend sur toute la surface interne du kyste au début, emprisonne des leucocytes tout en contractant des adhérences avec le parenchyme voisin qui lui envoie des cellules angioplastiques. Celles-ci se transforment rapidement en vaisseaux sanguins.

La fragilité des parois vasculaires en explique la rupture, mais « le dépôt cruorique sert d'appel à une nouvelle formation fibrineuse d'où résulte de nouvelles membranes, des vaisseaux nouveaux, de nouvelles hémorragies », de telle sorte que l'hématocèle thyroïdienne devient absolument comparable à l'hématocèle vaginale, avec toutefois cette réserve que la transformation purulente paraît plus fréquente et obéit à certains modes qu'il nous reste à préciser.

TRANSFORMATION PURULENTE DE L'HÉMATOCÈLE

Sous l'influence d'une maladie intercurrente, d'une infection soit grave, soit légère, le contenu héma-

tique est prêt à subir la transformation purulente. « La localisation d'emblée d'un microbe sur la glande saine, chez un individu sain, est exceptionnelle » (Bérard). On sent au contraire que la présence d'un goitre constitue une cause prédisposante : « La prédominance des strumites suppurées sur les thyroïdites est indiscutable. »

Toutes les causes susceptibles de déterminer ces strumites pourraient servir à l'histoire étiologique des hématoécèles suppurées, et nous ne les envisagerons pas ici en détails, puisqu'elles se trouvent dans tous les livres classiques. Nous le montrons par le choix de nos observations : les thyroïdites ou strumites éberthiennes décrites par Lebert, Liebermeister, Hoffmann, Griesinger, Pinchaud, Charvot, Rascol, Gérard Marchant, Forgue, plus récemment par Colzi, Baatz, Dupraz, Chantemesse, Janselme, Spirig, Tavel, Brœmer, surtout Roger et Garnier, peuvent être comparées à l'hématoécèle suppurée qui fait le sujet de l'observation V.

La *thyroïdite* ou mieux la *strumite grippale* dont une description toute récente a été faite par Fontanier dans sa thèse en février dernier, revêt une allure clinique en tous points comparable à celle qui est mentionnée dans l'observation III.

L'*infection puerpérale* est également une cause importante d'hématoécèles suppurées. Son rôle avait été démontré pour les thyroïdites par Lebert, puis par Laure et Fochier, Kocher, Mosetig, Moorhof, Socin, Kirmisson, Landouzy ; pour les strumites, par

Bøgeholdt, Oulmont, Künmer et Tavel, Basso. D'une étude toute récente de Lecène et Metzger, (février 1910) il se dégage que les thyroïdites puerpérales vraies, c'est-à-dire les inflammations aiguës venant frapper des glandes antérieurement normales, aboutissent moins souvent à la suppuration que les strumites puerpérales, ce qui est tout à fait en faveur de ce que nous avançons plus haut, et se trouve démontré par l'observation I.

Enfin, il faut mentionner *le froid* comme cause possible (obs. II, III) quoique cette étiologie doive être acceptée avec la plus grande réserve. Ici comme ailleurs, on doit tenir compte des troubles digestifs, d'une intoxication, d'une infection latente, surtout du *rhumatisme* dont la répercussion sur la thyroïde a été bien démontrée par Eulenburg, Raymond, Daniel, Mollière Walter, Kocher, Vincent, Ausset. Weber en 1909 dit même que c'est avec le rhumatisme que l'inflammation aiguë de la thyroïde présente peut-être le plus de connexion.

Ces différents travaux permettent également de se demander par quelle voie se produit l'infection de l'hématocèle.

VOIES DE L'INFECTION

La voie lymphatique est peu probable.

La voie artérielle, d'après les expériences de Roger, Garnier, Torri et Bérard, explique mieux comment un foyer infectieux éloigné peut déterminer des

métastases au niveau d'une tumeur thyroïdienne.

Elle paraît réservée aux cas d'hématocèles suppurées d'origine éberthienne.

Par contre, lorsqu'il s'agit d'infection grippale, d'après Chaliér, il est probable que la voie empruntée par les bacilles est la voie veineuse, opinion émise auparavant par Bérard qui avait insisté sur les relations et les anastomoses des veines desservant à la fois thyroïde, œsophage et trachée. L'inoculation est d'autant plus facile que ces vaisseaux sont avalvulés, par conséquent largement tributaires les uns des autres, pénètrent profondément dans la glande jusqu'au foyer hémorragique.

En un mot c'est par la voie sanguine que se fait l'infection.

Cependant cette infection est peu virulente. Nous avons signalé précédemment qu'il est fréquent de trouver un pus stérile ou plutôt un pus amicrobien dans les hématocèles thyroïdiennes et nous avons comparé ces cas à ceux que l'on a signalés dans certains abcès du foie, du rein, des annexes, etc. Deux explications sont possibles : ou bien la suppuration est due aux seules toxines, ou bien il y a destruction rapide des microbes pendant la formation du pus. Certains auteurs en effet soutiennent que la glande thyroïde possède une action bactéricide très nette : « Il semble, dit Vincent, que la sécrétion thyroïdienne joue un rôle dans la défense de l'organisme contre les intoxications d'origine microbienne, ou contre les agents pathogènes eux-mêmes. » D'où le signe

thyroïdien, signalé par cet auteur et que l'on rencontre au même titre que la mégalosplénie dans un grand nombre de maladies infectieuses graves, tandis qu'il manque dans les cas bénins où la réaction est inutile.

Les expériences de Turro viennent à l'appui de cette théorie. Turro a montré que le suc thyroïdien normal peut digérer et dissoudre presque instantanément après transformation en granules, analogue à celle que l'on observe dans le phénomène de Pfeiffer, le bacille charbonneux, le bacille virgule et le bacille typhique.

L. Lévi et H. de Rothschild ont rapporté le cas d'un sujet hypo-thyroïdien atteint depuis sept mois d'amygdalites à répétition et qui guérit par le traitement thyroïdien.

Charrin avant eux avait signalé la tendance aux infections des sujets privés de corps thyroïde. Bérard et Thévenot ont soutenu à la Société de Biologie que le corps thyroïde est un des organes qui résistent le mieux à l'infection et semble se débarrasser plus ou moins rapidement des microbes qui l'ont envahi. Il est facile de s'en rendre compte au cours et au déclin de maladies infectieuses.

Enfin Milewski en 1908 revient sur ce même sujet pour affirmer les conclusions de ces auteurs.

Telle n'est pas cependant l'opinion de Roger et Garnier. Pour eux l'action bactéricide du thyroïde est peu considérable, si elle existe. Les inoculations qu'ils ont faites dans les carotides sont au moins

aussi graves que les inoculations intra-veineuses et les lapins normaux ne sont pas plus résistants que les lapins privés de thyroïde. « D'ailleurs, sous l'influence des infections, la thyroïde n'est pas épargnée, elle présente les mêmes altérations que les autres parenchymes. Si en général les lésions y sont moins accusées que dans le foie ou dans le rein, c'est que le fonctionnement de la glande est ralenti chez l'adulte ; le premier effet de l'infection est de ranimer l'activité sécrétoire endormie. »

En résumé de tout ce qui précède on peut déduire deux processus possibles expliquant la production des hématoécèles suppurées et correspondant aux deux variétés que nous avons décrites.

Dans l'hématoécèle chronique secondairement suppurée, le développement de la tumeur paraît être dû pendant longtemps à des causes purement mécaniques, ruptures des capillaires intra-kystiques. Il en résulte un foyer sanguin qui peut subir la transformation purulente, comme c'est le cas de tous les hématomes.

Dans l'hématoécèle aiguë suppurée d'emblée, les causes mécaniques semblent moins nécessaires, l'infection étant suffisante à déterminer des hémorragies et la transformation septique.

Une même pathogénie pourrait être commune à ces deux formes si la théorie microbienne du goitre est mieux démontrée. On sait en effet que l'infection peut déterminer une transformation de certains points de la glande en goitre kystique avec néoproduction de

vaisseaux à parois fragiles d'où les hémorragies intrakystiques. Mais les résultats négatifs de Lustig, Carle, Jaboulay, Rivière, Dor, Bérard et Thévenot n'autorisent pas encore à discuter avec preuves évidentes cette très séduisante théorie.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

D'après notre définition, nous avons éliminé les cas d'hémorragies suppurées du corps thyroïde survenant chez des individus non porteurs d'un goître, estimant que ces accidents doivent être rangés dans la classe des thyroïdites infectieuses.

Nous n'envisageons donc que les cas de malades ayant depuis un temps variable une tumeur goitreuse, et chez lesquels vont apparaître des signes d'hématocèles suppurées.

Deux tableaux cliniques sont possibles :

Tantôt le malade s'aperçoit que le goître augmente de volume peu à peu sous des influences diverses que nous avons signalées : c'est la phase d'hématocèle pure, puis apparaissent des signes locaux et généraux de suppuration de la poche, c'est la phase d'hématocèle suppurée.

Tantôt les deux phases se trouvent confondues sans qu'il soit possible de distinguer ce qui revient à l'hémorragie et ce qui appartient à l'infection.

En un mot nous décrirons :

1° L'hématocèle chronique secondairement suppurée ;

2° L'hématocèle aiguë suppurée.

1° HÉMATOCÈLE CHRONIQUE SECONDAIREMENT
SUPPURÉE

Il s'agit en général d'un goitre peu volumineux se manifestant seulement par une saillie plus ou moins régulière, occupant soit la partie médiane donnant lieu au goitre globuleux de Wœlfler, et qui répond anatomiquement à un adénome foetal ou colloïde dans lequel les hémorragies sont fréquentes, soit un des lobes latéraux. Le malade n'accuse aucune gêne notable : pas de crises de dyspnée, pas de modifications de la voix.

Mais, chez la femme, sous l'influence d'un réflexe vaso-dilatateur à point de départ génital au moment des règles, après un accouchement, au cours de la ménopause ; chez l'homme, à la suite d'un traumatisme, d'un effort, de quinte de toux, la tumeur augmente en même temps qu'elle détermine une gêne respiratoire assez marquée.

La peau est tendue, sillonnée de grosses veines dilatées.

A la palpation il est difficile de réperer exactement les limites de la tumeur et de la mobiliser sous les téguments, elle est comme injectée et fixée sur les plans voisins, ce qui donne la sensation d'une tension caractéristique d'une rénitence spéciale.

En revanche, on peut, en saisissant à pleine main, obtenir quelquefois ce bruit laryngé qui est dû au

frottement de la face postérieure du larynx contre le plan vertébral.

En faisant avaler une gorgée de liquide au malade, on constate que la tumeur suit au second temps de la déglutition le mouvement ascensionnel du larynx, c'est là un signe d'une importance capitale.

La percussion montre de la matité qui peut descendre plus ou moins bas jusque dans la médiastin antérieur, matité en hausse-col de Potain que l'on observe dans les goîtres plongeants ou goîtres rétrosternaux dans lesquels les troubles respiratoires sont portés au maximum.

La voix est modifiée, gutturale ou sourde. La toux est fréquente, sèche, survenant par quintes, sans expectoration, due le plus souvent à une compression récurrentielle qui est mise en évidence par l'examen laryngoscopique.

Celui-ci doit se faire avec prudence, car le simple contact du miroir laryngé suffit à provoquer une crise de suffocation, soit par spasme de la glotte, soit par phénomène d'inhibition cardiaque, et surtout empêcher le malade de porter la tête en arrière. D'ailleurs cette dernière manœuvre est non seulement inutile, mais nuisible à un bon examen : la position de Von Ecken qui laisse la tête du patient dans la rectitude, permet de voir avec la plus grande facilité le changement survenu dans la position des cordes : position normale, intermédiaire ou relâchée ; et de plus montre l'état de la trachée dont la muqueuse est souvent congestionnée et dont l'une des parois

peut être aplatie ; la tumeur trachéale pouvant être réduite à une simple fente antéro-postérieure.

Au bout de quelques heures les phénomènes bruyants disparaissent, la respiration est plus facile, mais la tumeur reste douloureuse à la palpation soit superficielle, soit profonde.

Au deuxième jour (Bérard) l'hématocèle est rénitente, on a la sensation caractéristique d'un empâtement profond qui est dû au dépôt des caillots sur la paroi des cavités kystiques, surtout dans les points déclives. Puis tout rentre dans l'ordre, mais le goitre conserve toujours un volume supérieur à celui qu'il possédait avant l'accès hémorragique.

Plusieurs crises peuvent avoir lieu ainsi, mais l'une d'elles va revêtir une allure spéciale indiquant la transformation purulente du contenu kystique.

Tantôt ce sont les signes locaux qui se manifestent tout d'abord, tantôt c'est l'apparition d'un violent frisson avec élévation de température qui précède le gonflement plus marqué de la région thyroïdienne.

Les malades se plaignent de *douleurs* spontanées par élancements et exagérées par les mouvements de la tête et du cou. Le point de départ est thyroïdien, mais les irradiations se font vers les épaules, vers la nuque (obs. III) jusqu'au sommet du crâne (Bérard) par compression du plexus cervical superficiel. La tête est alors en opisthotonos ou au contraire quand l'extension est trop douloureuse, en flexion, inclinée du côté de l'hématocèle (obs. V).

A l'inspection, on constate pour peu que la

tumeur soit considérable, et elle peut atteindre les dimensions d'une tête de fœtus (obs. III), que le muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté correspondant est repoussé, et la carotide rejetée en arrière.

Les soulèvements de la tumeur par les pulsations artérielles sous-jacentes n'ont pas été mentionnés. Les téguments sont à peine rouges, mais toutes les veines de la région sont gonflées.

A la palpation la peau est chaude, douloureuse, mais la pression profonde ne détermine pas la formation du godet caractéristique de l'œdème. Il est possible de circonscrire assez nettement la tumeur et d'apprécier son volume, les mouvements de déplacements latéraux provoquent une douleur assez vive.

La *consistance* en est très dure, on perçoit une tension extrêmement nette, plus marquée encore que dans une hématocele pure, mais qui dans les jours suivants fait place à de la fluctuation. Dans un cas on percevait presque une sensation de flot, mais ce signe est difficile à obtenir quand on a affaire à une hématocele ancienne où la coque d'enveloppe est revêtue de plaques calcaires.

La trachée est refoulée du côté opposé. Nous n'avons pas trouvé mentionnée l'adénite cervicale.

Parmi les signes fonctionnels, la *dyspnée* occupe le premier rang, plutôt par compression du récurrent que par inflammation des voies respiratoires. C'est tantôt une dyspnée d'effort (obs. IV), tantôt une gêne respiratoire permanente qui empêche les mouvements d'extension, force les malades à rester

assis dans leur lit (obs. V), allant même jusqu'à l'asphyxie partielle, déterminant de la cyanose de la face (obs. III).

La toux est sèche, quinteuse, ne présentant aucun caractère spécial.

La dysphagie est légère, absente dans l'observation II, elle était peu marquée dans l'observation IV.

La compression du sympathique n'a pas été notée.

Au bout d'un à deux jours la température s'abaisse, revenant à la normale, la phase de réaction générale est pour ainsi dire terminée, il ne reste plus que les signes locaux de suppuration.

Mais à ce moment le diagnostic est tellement précis que l'intervention qui est de règle, en présence de tels symptômes, vient mettre un terme à l'évolution de l'affection.

Sachant d'une part que les hématoécèles thyroïdiennes sont susceptibles de se rompre, ce qui est annoncé le troisième ou quatrième jour par une teinte ecchymotique de la peau dans la région sus-claviculaire, sachant d'autre part que l'infection généralisée à tout un lobe peut se terminer par une fistule au niveau de la partie antérieure du cou, nous avons recherché s'il n'existait pas de cas d'hématoécèles suppurées ayant abouti à l'ouverture spontanée soit à l'intérieur, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané. Nous n'en avons trouvé aucun exemple, et sans aller jusqu'à dire que cette terminaison n'existe pas, nous pensons que si de pareils faits

existent ils ont dû être confondus avec des thyroïdites suppurées.

2^o HÉMATOCÈLE AIGUE SUPPURÉE

Nous en rapportons un cas typique dans l'observation de MM. Demoulin et Le Mée. Ici nous ne retrouvons pas cette évolution par poussées successives, le contenu hémotique attendant pour ainsi dire que l'organisme soit en état d'infection pour accomplir sa transformation purulente.

C'est brusquement que le goitre augmente de volume et surtout que sa consistance se modifie. Au lieu d'être résistant, il est à la fois plus développé et plus mou, la fluctuation est manifeste, pouvant être comparée « à celle d'un abcès froid ». En revanche la dyspnée est peu marquée, soit que la tumeur n'offre qu'une surface molle se laissant déprimer plutôt que comprimant les organes d'alentour, soit que la trachée offre une résistance plus grande dans ces formes jeunes que dans les cas de goitre ancien à parois indurées. On sait en effet depuis Rose Røtter, Demm, Poncet et Dor, que la compression mécanique est tout à fait exceptionnelle, il faut un certain degré de ramollissement de la paroi trachéale dû à l'infiltration graisseuse considérable des cellules cartilagineuses avec atrophie interstitielle des éléments musculaires élastiques. Or, la brusquerie de l'évolution de l'hématocèle empêche de telles lésions de se produire.

La tumeur vient donc faire saillie surtout du côté des téguments constituant une voussure en dedans du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. La peau est de coloration normale sans zone inflammatoire, elle est facilement mobilisable sur la tumeur. Les phénomènes fonctionnels, dyspnée, altération de la voix, gêne des mouvements du cou sont peu marqués et nous n'y insisterons pas plus longtemps afin d'éviter les redites.

Toutefois, si nous comparons maintenant ces deux formes, nous voyons qu'elles diffèrent l'une de l'autre en plusieurs points.

La tumeur est plus volumineuse dans l'hématocèle à poussées successives, sa consistance est rénitente, la poche est fortement tendue, sa surface est irrégulière, présentant par place des noyaux fortement indurés, tandis que dans l'hématocèle suppurée d'emblée, la fluctuation peut être perçue, car la consistance de la tumeur est plus molle, la palpation reconnaît une surface lisse, c'est presque un lobe régulièrement hypertrophié. Dans un cas il est presque impossible d'apprécier exactement le contour de la tumeur, celle-ci atteignant un gros volume, dans l'autre on peut presque la mobiliser sur les plans sous-jacents et la délimiter.

La trachée est fortement comprimée, il y a de la dyspnée, du cornage, l'hématocèle est ancienne, simple gêne respiratoire, pas de menaces asphyxiques quand le kyste purulent est nouvellement constitué.

En résumé, d'après ce qui précède, la division en deux formes cliniques nous paraît bien justifiée, avec toutefois cette restriction que si le terme d'hématocèle chronique paraît approprié au premier processus, celui d'hématocèle aiguë qui a été proposé par certains auteurs semble contraire au tableau symptomatique, et c'est pourquoi nous lui substituons celui d'hématocèle suppurée d'emblée.

Ajoutons que nous nous sommes appliqués à décrire deux types fort différents, mais que tous les intermédiaires sont susceptibles d'être observés. Enfin, volontairement, nous avons passé sous silence certains symptômes qui ont été signalés par quelques auteurs comme complications infectieuses d'hématocèles thyroïdiennes : l'œdème glottique, l'irruption de pus dans la trachée, la septicémie généralisée ; nous ne les avons vus signalés dans aucune observation.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se pose dans deux conditions différentes. Tantôt il s'agit d'un malade qui brusquement présente certains phénomènes de compression en même temps qu'apparaît une tumeur de la région cervicale, tantôt le sujet est porteur d'un goitre et brusquement celui-ci augmente de volume et devient douloureux. En un mot, des hématoécèles aiguës et des hématoécèles secondairement suppurées, le diagnostic demande à être discuté séparément. Nous commencerons par le plus complexe.

HÉMATOCÈLE CHRONIQUE SECONDAIREMENT SUPPURÉE

Reconnaître l'origine thyroïdienne de la tumeur est relativement facile.

Elle siège dans la région sous-hyoïdienne soit médiane soit latérale. Ses limites en sont bien nettes, on la mobilise transversalement sous la gaine musculo-aponévrotique qui la recouvre, enfin la manœuvre presque pathognomonique qui consiste à faire avaler au malade un peu d'eau et à saisir la tumeur afin de

savoir si elle suit bien les mouvements d'ascension du conduit laryngo-trachéal, permettent d'éliminer les adénites soit tuberculeuses, soit syphilitiques. Demoulin et Rochard insistent bien sur ce diagnostic, mais pour eux l'engorgement ganglionnaire tuberculeux est généralement multiple, formé de noyaux durs et indépendants.

Quant aux adénites symptomatiques d'un néoplasme de l'œsophage, du pharynx, de la cavité buccale, on en retrouvera l'origine par un examen méthodique et consciencieux.

Restent deux diagnostics plus délicats, l'un concernant une affection fréquente c'est-à-dire l'*adénite tuberculeuse suppurée*, l'autre une lésion rare, le *kyste thyro-hyôïdien suppuré*.

On sait en effet que les ganglions bacillaires sont entourés d'une zone de péri-adénite qui leur a permis de contracter des adhérences intimes avec le conduit laryngo-trachéal, de telle sorte que la manœuvre indiquée précédemment n'aura plus la valeur qu'on lui donne en général. On ne pourra pas s'appuyer sur la fluctuation, puisque nous la trouvons dans les deux cas ni sur l'ascension de température qui marque le début de l'infection du kyste, elle peut manquer, ce sera surtout la présence d'autres masses semblables, siégeant du côté opposé, l'évolution lente de la tumeur, les antécédents du sujet, les signes d'imprégnation tuberculeuse ou de lésions caractérisées, enfin l'état des téguments sus-jacents, en général envahis quand la bacillose ganglionnaire

en arrive à la période de fluctuation, et la ponction exploratrice sur laquelle nous aurons à revenir.

Les kystes développés aux dépens du tractus thyroglosse, bien décrits par Garein, sont plus faciles à reconnaître, mais il ne faut pas oublier qu'ils sont susceptibles de présenter en certains cas une allure clinique comparable à celle de l'hématocèle chronique. Ils siègent soit sur la partie latérale, soit sur la partie médiane (Petit), peuvent descendre en avant de la trachée (Bérard). D'après Duplay, ils seraient d'un volume restreint, cependant Fredet et Chevassu en ont décrit de la grosseur du poing. Sous l'influence des traumatismes, des congestions diverses, leur contenu visqueux filant peut être remplacé par un liquide couleur chocolat, avec des cristaux pailletés en suspension, résultant d'hémorragies antérieures. Si l'on ajoute à tous ces caractères communs avec les hématocèles thyroïdiennes qu'ils sont capables, au cours ou à la suite d'infections locales ou générales, de subir la transformation purulente et d'adhérer aux plans sous-jacents, on comprend pourquoi le diagnostic demande à être discuté. Cependant les kystes congénitaux extra-thyroïdiens s'observent surtout dans le jeune âge entre quinze et vingt ans (Bérard), quoique Neumann, Meunier et Cruveilhier en aient rencontré chez des sujets âgés. De plus, ils sont rares, leur évolution est surtout antérieure, c'est-à-dire vers la superficie sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien et le plus souvent ils se fistulisent avant d'avoir pu con-

tracter des adhérences avec le conduit aérifère.

La tumeur étant reconnue d'origine thyroïdienne, il s'agit de savoir si l'on a réellement affaire à une hématocele.

Éliminons tout d'abord les affections rares de la glande.

Le fibrome est tout à fait exceptionnel, nous voulons dire par là, le fibrome vrai dont on ne connaît que quelques cas, car les autres ont rapport à des thyroïdites chroniques ou à des strumites dans lesquelles la sclérose a envahi tout l'élément glandulaire. Vassile Ourmanoff, dans sa thèse en 1902, a pu en réunir 12 observations de Delore, Taillefer, Riedel, et Poirier, mais dont 5 sont authentiques. C'est un diagnostic d'autant plus difficile que les travaux de Rokitansky, de Woelfler et de Cornil ont montré que le point de départ de ces tumeurs est constitué par un hématome. Si en effet le « caillot sanguin est incapable d'organisation, par contre il met en sève les éléments conjonctifs à son contact, leur servant de réserve nutritive par ses éléments cellulaires et de travées directrices par sa fibrine ». Toutefois il importe de retenir une distinction très importante : la dégénérescence fibreuse d'origine hémorragique, qui peut former une coque tellement épaisse à l'hématocele que la fluctuation en est complètement masquée, ne dépasse jamais les limites de la tumeur primitive ; le fibrome au contraire atteint des proportions considérables, détermine rapidement de la raucité de la voix ou de l'aphonie avec une gêne respiratoire très

intense, et une déformation de toute la région cervicale. Les autres caractères sont identiques à ceux de l'hématocèle chronique: le néoplasme a une évolution rapide, il s'accroît par poussées successives (en quinze jours dans le cas de Delore cité par Ourmanoff, le volume de la tumeur avait plus que doublé), pas de douleurs, pas d'adénopathie.

Le kyste hydatique présente aussi tous les symptômes des kystes hémorragiques. La tumeur est bien circonscrite, rénitente ou fluctuante d'après son degré de tension, les troubles récurrentiels sont fréquents, l'évolution se fait par des poussées d'accroissement brusque qui correspondent soit à une infection du kyste, soit à des hémorragies se faisant à son intérieur. Le frémissement hydatique n'a jamais pu être obtenu et d'après Rollet la ponction exploratrice n'aurait pas grand intérêt, car on y trouve rarement des scolex. On se basera surtout sur le fait que les kystes hydatiques du corps thyroïde constituent une véritable curiosité pathologique, dont un cas tout récent a été publié par Perron. D'ailleurs, la méprise n'aurait aucune conséquence nuisible puisque dans les deux cas la conduite à tenir est la même, c'est-à-dire l'intervention.

La syphilis de la thyroïde dans sa forme gommeuse étudiée par Küttner et dont un beau cas a été rapporté par Berger, ne s'accompagne pas toujours d'adénopathie. Il faudra plutôt s'aider des commémoratifs et du traitement d'épreuve en se méfiant de l'iodure qui, loin d'être efficace, serait une cause d'irritation

nouvelle et de moindre résistance pour le tissu glandulaire thyroïdien.

La gomme tuberculeuse considérée comme exceptionnelle, paraît plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois. Mais l'abcès froid thyroïdien a une marche très lente, il est rarement primitif, s'accompagne souvent de tachycardie, d'exophtalmie, de tremblement (Poncet et Dumas). De toutes façons la ponction exploratrice lèverait tous les doutes.

Le fibrome, l'échinococcosse thyroïdienne, la syphilis et la tuberculose étant mis à part, il nous faut discuter les affections plus fréquentes qui peuvent simuler l'hématocèle thyroïdienne.

Rappelons tout d'abord que celle-ci peut être soit rénitente, lorsque la paroi est épaissie, parfois calcifiée et la poche distendue par une hémorragie importante, soit fluctuante quand l'hématocèle est récente et que la suppuration l'a envahie. C'est dire que l'attention devra être attirée aussi bien sur les tumeurs solides que sur les tumeurs liquides. *Le goitre hypertrophique ou parenchymateux* sera facilement reconnu, le début est lointain, il croît graduellement, les dimensions sont rarement considérables, les vaisseaux nourriciers « d'ordinaire accessibles, à leur point d'origine sont volumineux » et les contours en sont souvent bosselés.

Les goitres *charnus, massifs et les goitres nodulaires* donnent la sensation de tumeurs en général multiples qui tendent à faire saillie hors de la glande. Nous n'y insisterons pas.

En revanche le *cancer thyroïdien* doit nous arrêter plus longtemps.

Nous ne voulons pas parler de cas concernant des individus porteurs depuis longtemps d'un goitre et qui voient leur tumeur augmenter de volume progressivement, déterminer des troubles de compression du côté de la trachée, de l'œsophage, des vaisseaux, des nerfs, une adénopathie très marquée, maigrissant et surtout se plaignant de douleurs d'une acuité extrême dans le domaine des plexus cervicaux et brachiaux. Il s'agit de tableaux cliniques tellement nets qu'ils ne peuvent être confondus avec l'affection qui nous occupe. Mais parfois, comme l'ont montré Bertrand Usiglio et les Lyonnais, la marche peut en être très rapide, trois ou quatre semaines comme dans un cas de Bérard. La tumeur peut être bosselée, comme fluctuante (Peut), parfois adhérente à la peau. D'autres fois l'hémorragie intra-kystique peut compliquer un cancer de la thyroïde et l'on se trouve « en présence du fungus hématode des anciens auteurs qui n'est autre qu'un cancer encéphaloïde né aux dépens d'une cavité kystique et produisant dans cette cavité des hémorragies nombreuses et répétées ». Ajoutons que la fièvre qui pourrait être un indice en faveur de la suppuration de l'hématocèle, perd ici de sa valeur, car elle peut s'observer dans les deux cas. C'est pourquoi il faut surtout tenir compte, d'après Porché, du mode

d'accroissement de la tumeur, de son augmentation par poussées successives, de l'absence de douleurs, de troubles généraux et d'adénopathie. Ce dernier caractère n'est pas cependant pathognomonique, car l'apparition de ganglions à caractères néoplasiques peut être très tardive dans le cancer thyroïdien, voire même absente comme dans l'observation rapportée par Gosselin dans laquelle il s'agissait d'un jeune sujet dont le cancer évolua sans adénopathie et amena la mort en trois mois.

Constituant une forme de transition entre les tumeurs solides et les tumeurs liquides, les *goitres vasculaires* pouvaient dans certains cas égarer le diagnostic. En réalité, s'il est possible jusqu'à un certain point de les confondre avec l'hématocèle simple il nous paraît difficile de la prendre pour des collections sanguines suppurées de la glande.

Leur consistance est molle, presque fluctuante, aplaties au début puis tendant à prendre une forme ovalaire, ces tumeurs progressent de haut en bas, leur point de départ étant à la partie supérieure de la glande, et augmentant de volume dans les efforts ou la flexion du cou. Leur réductibilité quoique incomplète, peut être manifeste dans certains cas.

Voyons maintenant les tumeurs liquides.

Les goitres kystiques peuvent varier extrêmement d'aspect. Tantôt ils sont formés d'un certain nombre de cavités qui donnent à la glande un aspect bosselé, mais ce caractère peut se rencontrer également dans les hématocèles, tantôt, le cas le plus commun, on

trouve plutôt un seul grand kyste, à consistance nettement fluctuante à moins d'une tension considérable du liquide. La matité que l'on obtient à la percussion n'est d'aucune utilité, un seul signe a une valeur notable, c'est la transparence de la tumeur. Elle est facile à rechercher, le kyste tendant à s'énucléer facilement. On l'obtiendra par la manœuvre analogue à celle que l'on emploie pour les hydrocèles vaginales. Si le résultat est positif, on pourra affirmer que l'on se trouve réellement en présence d'un kyste, malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, car les hémorragies y sont fréquentes et particulièrement importantes. D'après Troché, le meilleur élément de diagnostic différentiel est le mode d'évolution bien différente des kystes ordinaires et des hématoécèles thyroïdiennes. « Si l'on se trouve, dit-il, en présence d'une tumeur thyroïdienne qui est brusquement apparue, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traumatisme, d'une congestion ou d'efforts d'accouchement, si cette tumeur, bien loin de régresser ou de rester stationnaire, s'accroît par poussées successives même sans provoquer de troubles fonctionnels, on peut diagnostiquer presque sûrement une hématoécèle thyroïdienne. »

Dans ces cas douteux, la radioscopie qui indique la situation de la tumeur, ses mouvements avec l'arbre aérien et la radiographie qui permet par l'ombre projetée d'avoir un point de comparaison avec d'autres épreuves faites précédemment, sont d'une grande utilité et devraient être exécutées systématiquement

pour toutes les tumeurs à contenu douteux. Suivant que l'image est claire ou foncée, on peut dire tantôt kyste pur, tantôt cavité remplie de sang ou de pus.

Nous avons reconnu l'hématocèle, il faut savoir maintenant si le contenu hémorragique a subi la transformation purulente.

Ce diagnostic est le plus souvent basé sur des probabilités que sur des certitudes. On ne peut compter en effet sur une ascension de température, indice de la présence d'un foyer septique ; la fièvre devant être rapportée à l'affection intercurrente, qu'on trouve dans l'étiologie de toute hématocèle suppurée. Et plus tard lorsque la tumeur est constituée, le contenu purulent étant en général amicrobien, ne provoque aucune réaction fébrile notable, ainsi que le prouvent les observations que nous avons pu retrouver et le cas auquel nous avons eu occasion d'assister.

Il y aurait cependant un moyen de nous en assurer d'une façon certaine, ce serait la ponction exploratrice. Autrefois elle était pratiquée systématiquement car elle fournissait non seulement des données précieuses, mais elle constituait en certaines circonstances un moyen thérapeutique. Actuellement, elle est très attaquée, car elle expose à de nombreux dangers ; poussées inflammatoires au niveau de la tumeur, voire même du reste de la glande, nouvelles hémorragies provoquées par la diminution de tension intra-kystique, possibilité de diffusion et d'inoculation si l'on a affaire à un kyste hydatique, infection de l'hématome même en prenant toutes les

précautions nécessaires, enfin danger d'ensemencer avec le liquide purulent de l'hématocèle, le tissu cellulaire péri-thyroïdien d'où phlegmon du cou avec toutes ses conséquences.

Il faut donc pouvoir s'en passer et comme dit Bérard : « Nous ne saurions trop répéter que la ponction est d'ordinaire inutile et qu'elle peut être dangereuse. »

HÉMATOCÈLES SUPPURÉES AIGUES

Ici nous n'avons pas à discuter sur les erreurs possibles entre une hématocèle et une autre tumeur du corps thyroïde. Le processus est rapide : brusquement la glande augmente de volume déterminant des phénomènes de compression en même temps qu'éclatent les signes certains d'infection.

S'agit-il d'une *thyroïdite* ou d'une strumite, s'agit-il d'une hématocèle aiguë suppurée ?

Si l'hématocèle se présentait toujours avec le même tableau clinique il serait facile de la dépister, malheureusement, suivant la cause qui lui a donné naissance, les symptômes sont très différents, et d'autre part les analogies avec les thyroïdites correspondantes très nombreuses.

Fontanier tout dernièrement a donné une description de la thyroïdite grippale qui présente des points communs avec celle de l'hématocèle grippale (obs. III),

Dans la thyroïdite grippale contrairement à ce qu'on voit dans la thyroïdite de la fièvre typhoïde par exemple, les symptômes initiaux sont en général très accusés parce que l'organisme n'est pas sous le coup d'une forte infection. C'est dans la convalescence ou le décours de la grippe qu'on voit survenir les premiers symptômes qui consistent surtout en un frisson puis un gonflement du cou qui est d'abord limité à l'une des cornes de la glande. La douleur est habituellement sourde et continue, elle est exaspérée par la pression, par les mouvements de la tête et du cou et surtout par l'extension. La phonation, la déglutition, la contraction des sterno-mastoïdiens sont pénibles. La tuméfaction augmente de volume en quelques jours, atteint la dimension d'un œuf de poule ou d'oie. Elle est dure et tendue. Par la palpation on peut la circonscrire encore d'une manière assez précise. Le lobe enflammé se dirige obliquement en haut vers le sterno-mastoïdien sous lequel il disparaît en partie ; la région est chaude, on peut constater une température locale plus élevée du côté atteint.

Alors se manifestent des phénomènes de gêne fonctionnelle peu marqués d'ordinaire au début : une dyspnée, de la dysphagie, des troubles de la phonation, de la congestion de la face aussi par compression des gros vaisseaux, des douleurs irradiées et autres complications des thyroïdites.

La formation de pus s'accompagne de frissons irréguliers, les symptômes locaux peuvent s'amender,

mais en général le gonflement s'accroît et la douleur devient plus lancinante, le pus se collecte.

Que l'on compare ce tableau au cas que nous publions d'hématocèle suppurée étant survenue au cours d'une grippe, on verra que les deux descriptions peuvent presque se superposer.

Il en est de même des thyroïdites ou strumites typhiques, puerpérales, etc. Il semble que l'agent en cause manifeste son action d'une manière identique, qu'il s'agisse d'une infection de la glande elle-même ou de la transformation purulente d'une collection sanguine intrathyroïdienne.

Pourtant le diagnostic est important à formuler, car si dans nombre de cas le traitement peut être le même, dans d'autres il y aurait danger à intervenir. Récemment dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, Weber a montré que les strumites peuvent se terminer spontanément. Les troubles généraux et locaux rétrocedent et la résolution se fait ne laissant qu'un certain gonflement de la glande, gonflement qui est parfois lent à disparaître. Cependant la maladie se termine constamment par la guérison.

Mais la thyroïdite a plus de tendance à envahir la glande tout entière, l'hématocèle suppurée est restée localisée à un lobe. En général, l'infection de la glande se manifeste au début par un grand frisson, la température est moins élevée dans l'hématocèle. Enfin, ce qui différenciera encore mieux les deux affections ce sera la notion de poussées successives ayant marqué l'évolution et qui sont caractéristiques des

hémorragies intra-kystiques. Dans ces cas troublants pour le diagnostic, la ponction exploratrice serait plus justifiée que dans ceux que nous avons étudiés précédemment.

En résumé, présence d'un goitre antérieur, accroissement par poussées successives, absence d'adénopathie, peu de gravité des symptômes généraux, développement marqué du système veineux périphérique nous paraissent être les indices en faveur de l'hématocèle suppurée, avec toutefois les réserves que nous avons mentionnées.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Les méthodes employées pour traiter les kystes hématiques ou suppurés du corps thyroïde sont nombreuses.

Duguet (thèse de Rascol, Paris, 1891) pratique la ponction évacuatrice simple avec un trocart et aspire le pus à l'aide d'un appareil de Potain. Ce procédé qui semblerait employé à juste titre dans certains cas, présente l'avantage d'être facile, non dangereux, de ne point laisser après lui de cicatrices déformantes. Mais son action n'est que palliative, car le kyste se remplit de nouveau de sang et de pus, ce qui amènera une reprise des accidents sans pouvoir déterminer une guérison définitive. De plus si le pus est épais, si les végétations intra-kystiques sont abondantes, le trocart sera oblitéré, ce qui nécessitera une série de manœuvres plus ou moins dangereuses. Elle a cependant donné un bon résultat. Il importe donc d'empêcher le pus de se reformer et de détruire les formations polypoïdes. C'est pourquoi on a proposé de

faire suivre la ponction évacuatrice d'une injection de liquide modificateur. Velpeau et Bouchacourt injectèrent de la teinture d'iode à l'intérieur du kyste. Suivant le volume de la tumeur la dose sera de 10, 20 ou 30 grammes. Au bout de quelques heures surviennent des douleurs assez vives qui durent plusieurs jours. Le kyste diminue alors peu à peu de volume, mais sa résorption totale ne peut être obtenue qu'au bout de plusieurs injections espacées de quinze jours ou trois semaines.

Monod remplace la teinture d'iode par de l'alcool.

Les résultats ne furent pas suffisamment satisfaisants.

Moselig, Garré, en 1895, ont préconisé le mélange d'huile et d'éther iodoformé.

Alguíé le perchlorure de fer.

Enfin citons d'autres substances, l'acide chromique, le permanganate de potasse, l'ergotine, la strychnine, la liqueur de Fowler, le chlorure de zinc, etc. La variété de ces injections indique combien cette thérapeutique est peu satisfaisante. D'abord elle est très douloureuse, au point qu'on recommande de pratiquer les injections le malade étant couché afin d'éviter la syncope, elle détermine un œdème persistant en même temps qu'une adhérence intime du kyste aux tissus péri-thyroïdiens, ce qui rend plus tard l'enucléation ou l'extirpation beaucoup plus difficile ; enfin elle n'agit pas sur les végétations intrakystiques et l'on se trouve toujours menacé par les hémorragies importantes des crises de dyspnée, par-

fois d'asphyxie aiguë (Heymann, Woelfer, Roux de Lausanne). Nous ne parlons pas des injections possibles dans les veines toujours énormes de la glande enflammée, qui peuvent être suivies rapidement de mort, mais que l'on évitera en voyant si du sang sort par l'aiguille au moment où l'on adaptera la seringue de Pravaz.

Tous ces moyens auxquels s'ajoutent les applications locales de cataplasmes chauds, de vessies de glace, de compresses humides sont pour ainsi dire des méthodes médicales auxquelles il ne faut pas s'attarder, ou mieux qu'il faut laisser de côté pour adopter les méthodes vraiment chirurgicales. Parmi ces dernières, la plus simple est l'incision.

Elle se pratique au point le plus déclive quand la tumeur n'est pas rétro-sternale. On ne doit pas craindre d'ouvrir largement, c'est-à-dire de faire de grandes incisions qui ont toujours l'avantage de donner du jour et de permettre un drainage plus complet. La direction de la ligne d'incision ne peut être réglée d'avance, on agira suivant les circonstances, suivant le siège du maximum de fluctuation. Pour éviter que la plaie ne se referme trop vite, on drainera avec beaucoup de soin et en surveillant l'accolement postérieur, on raccourcira chaque jour le drain à travers lequel il sera facile de faire des lavages de la poche, soit à l'eau bouillie, soit à l'eau oxygénée.

Il s'agit là en somme d'un traitement rationnel qui répond aux besoins du moment, mais qui n'est pas exempt de danger.

Au moment de l'intervention l'hémorragie des grosses veines thyroïdiennes est représentée par un jet de sang analogue à celui d'une radiale, qui peut s'arrêter d'elle-même, mais qui peut aussi persister sous forme d'hémorragie en nappe provenant des végétations intrakystiques.

Celles-ci en effet se rompent sous l'influence de la décompression brusque et ont peu de tendance à se rétracter. Ces hémorragies, dit Troché « sont souvent difficiles à vaincre, et dans plusieurs observations d'hématocèles thyroïdiennes traitées par l'incision, nous les voyons durer fort longtemps, affaiblir considérablement les malades et même provoquer des syncopes ».

Ce n'est pas tout de nombreux kystes suppurent indéfiniment après l'incision, l'écoulement de pus est en effet insuffisant malgré le drainage, l'emploi des mèches, l'aspiration, les lavages. La paroi kystique n'a pas de tendance à s'éliminer spontanément, car elle est rigide, peu rétractile, c'est un bas-fond qui se vide mal.

« Les portions centrales se mortifient peu à peu et sont expulsées à chaque pansement, la coque trop dure pour revenir sur elle-même se cicatrise mal ou pas ; des infections secondaires de temps à autre rallument la fièvre, augmentent la suppuration, retentissent même sur l'état général et le chirurgien est conduit tôt ou tard, pour obtenir la guérison, à pratiquer l'ablation du lobe infecté » (Bérard). A voir ces grosses coques de kystes anciens, on se

rend bien compte de l'insuffisance de leur incision simple et de la nécessité de leur extirpation large, les résultats immédiats et consécutifs de celles-ci contrastent avec les lenteurs de la guérison et les complications observées après celles-là. Car le pus tend à envahir les plans cervicaux, à se faire jour dans la trachée, l'œsophage, la cavité pleurale, le médiastin antérieur, le médiastin postérieur, à ulcérer les gros vaisseaux du cou, et le malade n'est pas à l'abri des phlébites, de la pyohémie comme dans toute inflammation prolongée, des bronchites, des broncho-pneumonies.

Enfin, éventualité peut-être moins grave mais tout aussi redoutable, la paroi kystique peut se cicatriser, laissant une portion de la poche remplie de pus, c'est un nouveau foyer qui va déterminer des accidents analogues aux précédents. En cela encore, nous voyons l'abcès thyroïdien se rapprocher de celui du foie.

Il reste alors à parler des interventions plus radicales, nous voulons parler de la thyroïdectomie partielle, de l'exothyropexie, de la strumectomie intraglandulaire. Enfin de l'énucléation massive.

La thyroïdectomie partielle conseillée par Kümmer est facile, s'accompagne d'une perte de sang peu importante puisqu'on lie d'avance les vaisseaux et ne détermine jamais un envahissement par le pus du champ opératoire.

Suivant une longue incision soit oblique, soit en forme d'angle, le rayon supérieur oblique de haut

en bas, le rayon inférieur vertical (Kümmer), peaucier, muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens sont sectionnés. Les vaisseaux thyroïdiens coupés entre deux ligatures, il sera bon, d'après Bérard, pour les veines si friables, de ne lier que tardivement pour ne point tirailler les fils au cours de l'opération, parfois on sera forcé de laisser des pinces à demeure pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures.

On décolle le corps thyroïde en passant par la partie postérieure, on voit apparaître l'artère thyroïdienne inférieure que l'on coupe entre deux ligatures. Une forte ligature en masse est mise sur l'isthme, et on enlève le lobe en sectionnant avec le thermocautère.

On désinfecte la plaie ou mieux on referme en laissant à la partie inférieure de la plaie un petit drain fenêtré pendant quarante-huit heures.

Le moignon se nécrose et est expulsé sans réaction thermique.

L'exothyropexie ou thyroïdectomie de Jaboulay consiste à luxer le corps thyroïde et à le maintenir à découvert de façon à déterminer un processus de sclérose « qui englobe d'abord les veines capsulaires et gagne peu à peu la profondeur ».

L'incision est, soit verticale, soit transversale, on arrive jusqu'aux couches thyroïdiennes, mais il faut se garder de pénétrer au-dessous des lobes, il faut rester sur les bords, on risquerait « de déchirer les vaisseaux, principalement les veines et d'aplatir davantage la trachée ». En revanche si l'on reste dans

l'espace celluleux préthyroïdien l'opération, et ceci est important, pourra être conduite à sec d'un bout à l'autre.

Le kyste luxé, on pourra attendre quelques jours si les phénomènes généraux ne sont pas graves, puis secondairement ouvrir la poche purulente au thermocautère, en un mot agir comme dans l'anus contre nature exécuté en deux temps.

La strumectomie sous-capsulaire a de nombreux partisans. Mais il convient de s'entendre sur ce mot sous-capsulaire. On sait que l'aponévrose cervicale moyenne, en passant devant les organes qu'elle recouvre, envoie des dédoublements fibreux sur chacun d'eux, leur constituant des loges distinctes. La thyroïde est entourée d'une de ces expansions aponévrotiques, gaine viscérale ou capsule externe bien différente de la capsule thyroïdienne propre. Cette dernière est au corps thyroïde ce que la capsule de Glisson est au foie. Elle adhère intimement au parenchyme glandulaire dont elle ne peut être séparée sans emporter des parcelles, car elle envoie par sa face interne ou profonde une série de cloisons fibreuses qui se ramifient entre les lobules thyroïdiens.

C'est en dehors de cette capsule que se pratique la thyroïdectomie partielle que nous venons de décrire.

C'est en dedans d'elle que se pratique la strumectomie préconisée par Socin.

L'incision n'a pas une grande importance. Incision en V, en T, en L renversé (incision de Bosc). Berthier

fait décrire à l'incision une S, Monod, Chenieux un T renversé, Labbé, Tillaux, Bouilly, Sarositzky la forme d'un U, Delore dans un cas de strumite suppurée rapportée par Deleuil pratiqua une incision cruciale, Demoulin dans l'observation I fit son incision légèrement oblique suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien.

On divisera ensuite les plans musculaires jusqu'à la capsule thyroïdienne. Si l'hématorcèle est directement dessous, il suffira de l'énucléer à l'aide du doigt, si elle est plus profondément située, il faut continuer, pénétrer dans le tissu thyroïdien à la recherche de la tumeur, jusqu'à ce qu'on trouve le plan de clivage indiqué par une coloration spéciale du kyste, dont la paroi violacée tranche sur le tissu glandulaire. Comme pour la recherche du sac dans la hernie étranglée, dit Bérard, tant qu'on hésite, on n'est pas sur la tumeur. D'ailleurs le bistouri lui-même renseigne l'opérateur, il fournit une sensation très spéciale quand il arrive sur l'enveloppe de l'abcès. Avec le doigt on recherche le plan de clivage surtout en dehors du pédicule vasculaire et on énuclée comme le noyau d'une cerise.

Mais dans les cas où la glande présente des abcès multiples, on peut, soit comme le conseillait Socin, enlever noyau par noyau, ou bien ce qui est plus facile et plus rapide, pratiquer l'énucléation massive préconisée par Poncet, après avoir luxé au préalable hors de la plaie le lobe tout entier.

Dans toutes ces interventions, pour arrêter l'hé-

morragie consécutive il est bon d'affronter les surfaces par une suture au catgut de façon à ce qu'il ne reste plus de cavité, alors l'hémostase est parfaite. Pourtant nous avons vu que la capsule dans certaines hématoécèles est considérablement épaissie et la réaction inflammatoire qui a lieu autour de tout foyer purulent ne fait qu'accentuer cet épaississement. Dans ces cas l'affrontement est presque impossible à faire complètement ; on peut alors combler le vide restant par une petite mèche iodoformée sortant par l'extrémité inférieure de la plaie.

La plupart des chirurgiens actuellement sont partisans de ces dernières interventions. Seul Nicaise ne peut accepter que l'extirpation soit posée en principe pour les collections suppurées de la thyroïde, il préfère l'incision, et conseille l'extirpation que dans les cas particuliers où la dyspnée étant très intense, l'intervention devient urgente : pour lui l'aspiration suivie ou non de curettage est le plus souvent suffisante.

Au contraire pour Kümmer « l'extirpation si possible sans ouverture du kyste doit être considérée comme le traitement idéal, car ce traitement supprime le foyer de la maladie en mettant aussi le malade à l'abri d'une suppuration très prolongée et d'une récurrence, ce qui est à craindre toutes les fois que le traitement n'a consisté qu'en une simple incision ».

Ce traitement idéal semble réalisé par la strumectomie intrafébrile. C'est elle que pratiqua Bérard dans les deux observations que nous rapportons.

La conduite tenue en cette circonstance, dit Orsat, est adoptée par beaucoup de chirurgiens, notamment à Lyon par Jaboulay.

Mais l'intervention ne se borna pas à la simple incision. M. Bérard pratiqua l'énucléation sous-capulaire de la poche suppurée qui occupait le lobe gauche.

La conduite tenue dans cette circonstance, dit Orsat, a été préconisée par Kummer et adoptée par beaucoup de chirurgiens, notamment à Lyon par M. Jaboulay.

« Elle se justifie par ce fait que dans les hémato-cèles anciennes, les hémorragies successives ont amené la formation d'une coque scléreuse, calcaire même, par places, de vitalité très amoindrie. Lorsque l'hématocèle suppure, cette coque ne peut revenir sur elle-même. Elle se mortifie, s'élimine par lambeaux, et la suppuration est prolongée interminablement. Des fusées purulentes peuvent se produire du côté du cou et du médiastin, l'état général finit par s'altérer.

Toutes ces complications sont évitées par l'ablation immédiate de la poche purulente. L'opération est presque aussi facile que l'énucléation d'un goitre kystique et les suites en sont très simples puisque après quelques pansements seulement, notre malade a quitté l'hôpital avec une jolie cicatrice linéaire semblable à celle que laisse une thyroïdectomie ordinaire.

Il faut signaler, en terminant, que cet homme est atteint d'une parésie du récurrent droit reconnue

à l'examen laryngoscopique par M. Sargnon. Cette parésie est indépendante de l'intervention. Elle existait, en effet, avant celle-ci et siége du côté droit, tandis que c'est le lobule gauche qu'on a enlevé. D'ailleurs, nous le répétons, l'énucléation a été intra-glandulaire. »

De son côté Chalié en présentant ces deux observations termine en disant : « C'est pourquoi il est préférable, à moins que l'état du malade ne soit trop précaire, de traiter d'emblée ces suppurations de goîtres par la strumectomie, c'est-à-dire par l'énucléation intra-glandulaire de la poche infectée. Sans doute cette énucléation est un peu moins facile que s'il s'agissait d'un noyau thyroïdien non suppuré ; néanmoins elle est suffisamment aisée pour qu'on en vienne à bout en quelques minutes, sans avoir à redouter une trop grande hémorragie. L'énucléation et l'hémostase faites, il suffit de drainer la cavité et de terminer l'opération en suturant la peau presque sur toute l'étendue de l'incision. La mèche est retirée au bout de quelques jours, en se basant sur les indications fournies par la température et ordinairement la guérison est complète en quinze jours ou trois semaines. »

Mais à quel moment doit-on opérer, doit-on faire une strumectomie primitive ou secondaire ?

Tout dépend de l'état du malade.

Si la dyspnée est intense, l'état général mauvais, on pourra se contenter de faire à la cocaïne une incision de la poche purulente et ce ne sera que

secondairement que l'on en pratiquera l'extirpation. La seule difficulté de ce second temps de l'intervention est de trouver le plan de clivage entre le tissu thyroïdien et la paroi kystique. Pourtant cette manœuvre n'a pas paru à Delore plus compliquée que dans les strumectomies à froid.

Si au contraire l'état du malade est satisfaisant on pourra pratiquer d'emblée l'extirpation de l'hématocèle.

Quant à l'exothyropexie elle ne pourrait être réservée qu'aux cas aigus, dans lesquels la dyspnée est menaçante, mais elle expose à certains dangers analogues à ceux qu'on peut observer dans la cure de certains goitres par cette méthode, et c'est pourquoi nous n'y insisterons pas.

En résumé :

Pour les hématocèles aiguës suppurées, l'incision immédiate s'impose, suivie dans les jours suivants d'une strumectomie intra-fébrile ou post-fébrile.

Pour les hématocèles chroniques secondairement suppurées, la strumectomie doit être pratiquée d'emblée. Dans tous les cas, c'est la méthode sous-capsulaire qui doit être préférée à toute autre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. Le Mée, interne du service
Service de M. Demoulin, chirurgien de l'hôpital la Charité.)

Tumeur du corps thyroïde. — Hématocèle thyroïdienne pendant une infection puerpérale. — Augmentation progressive de la tumeur. — Énucléation sous-capsulaire. — Drainage pendant vingt-quatre heures. — Guérison.

Berthe B..., trente-deux ans, cuisinière, entre à l'hôpital de la Charité le 12 novembre 1909 pour des métrorragies abondantes durant depuis plusieurs jours et s'accompagnant de poussées fébriles.

Les règles étaient suspendues depuis un mois et demi lorsque, brusquement, survint une hémorragie avec gros caillots. Un médecin appelé prescrivit le repos absolu, et de grands lavages d'eau bouillie chaude à 50 degrés. Le lendemain les pertes étaient moins abondantes mais il persistait d'une façon continue un suintement sanguin qui nécessita un tamponnement léger du vagin.

Le quatrième jour après le début des accidents, la malade fut prise d'un violent frisson, avec ascension de température

à 39° 5, douleurs abdominales assez intenses et nausées rendant toute alimentation même lactée, impossible.

En présence de tels symptômes, on fit transporter M^{me} B... à l'hôpital la Charité.

La malade est pâle mais n'éprouve ni vertiges ni bourdonnements d'oreilles. Elle se plaint seulement de céphalée et de douleurs au niveau du bas-ventre. La langue est humide, la respiration ne revêt aucun rythme anormal, le pouls est bien frappé, 92 pulsations. Température : 38° 7.

Au niveau de la région cervicale du côté droit, on constate la présence d'une petite tumeur grosse comme un œuf de pigeon et paraissant s'être développée aux dépens du lobe droit du corps thyroïde. Interrogée à ce sujet, la malade ne peut préciser la date d'apparition du goître, mais déclare n'avoir jamais éprouvé le moindre trouble de compression.

Examen. — Pas de météorisme abdominal.

Le ventre est souple dans toute son étendue mais douloureux dans la région hypogastrique.

Pas de point appendiculaire sensible.

Dès qu'on eut enlevé le tampon vaginal qui était fortement imbibé, on vit s'écouler un liquide franchement sanglant, noirâtre, mais sans odeur spéciale.

Par le toucher on perçut un col augmenté de volume, entr'ouvert, dans lequel l'index pouvait s'engager.

L'utérus est en légère rétro-flexion.

Les annexes du côté droit sont sensibles au toucher combiné.

Au *speculum* on n'obtient aucun renseignement nouveau bien important, le col est violacé et il s'en écoule d'une façon continue un liquide sanguinolent épais.

On prescrit diète absolue et vessie de glace sur la région hypogastrique.

Le lendemain (13 novembre) la température a baissé, 38 °
Le facies est meilleur, le pouls est à 80. La langue toujours sale mais humide.

Le soir, nouvelle poussée fébrile 39°5. Les pertes sont moins abondantes, mais légèrement fétides.

Curettage à la curette mousse qui retire de nombreux débris, écouvillonnage, mèche intra-utérine à la glycérine créosotée, pansement vaginal habituel.

La température tombe à 38 degrés et trois jours après est à 37°2.

Quinze jours après son entrée à l'hôpital, la malade constate une augmentation de volume brusque de sa tumeur thyroïdienne et une certaine gêne dans les mouvements du cou.

Cette augmentation est d'ailleurs évidente. Elle s'est faite aux dépens du lobe droit du corps thyroïde, restant limitée à la moitié correspondante du cou.

La peau est de couleur normale, pas de rougeur au niveau du point saillant, mais présence de grosses veines dilatées. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien est légèrement repoussé en dehors.

Pas de troubles de la voix. Pas de gêne respiratoire mais léger degré d'exophtalmie limitée au côté droit, pouls à 104. Pas de tremblement appréciable.

A la palpation on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, lisse, non bosselée, où il est assez facile d'apprécier les limites. La consistance en est rénitente, sans fluctuation véritable. La forme est bien celle d'un œuf à grosse extrémité inférieure.

La peau est souple, on peut la déplacer sur la tumeur, cette dernière est d'ailleurs mobile également sur les plans profonds, mais elle suit les mouvements ascensionnels de la trachée.

Le larynx est légèrement dévié vers la gauche, on perçoit quelques battements mais ils paraissent dus à la présence de la carotide sous-jacente dont il est facile de sentir les pulsations en arrière du sterno-mastoïdien. Pas d'adénopathie cervicale.

A l'auscultation. — Pas de souffle.

Examen laryngoscopique. — Ne montre aucune modification dans les mouvements des cordes vocales.

Trachéoscopie supérieure. — N'indique aucune déformation nette de la paroi trachéale.

Opération le 3 décembre 1909. — M. Demoulin décide d'intervenir.

Anesthésie au chloroforme.

Incision légèrement oblique parallèle au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien du côté droit, longue de 10 centimètres environ, suivant l'axe de la tumeur.

On passe entre les muscles sous-hyoïdiens qui sont écartés, quelques pinces sont nécessaires pour assurer l'hémostase des grosses veines sous-cutanées.

A ce moment le lobe thyroïdien hypertrophié apparaît dans la plaie à travers laquelle on le fait saillir.

On ne ponctionne pas la tumeur, mais on incise successivement la capsule propre de la glande, puis le tissu glandulaire lui-même à la recherche de cette zone à coloration violacée spéciale qui indique que l'on se trouve en présence de la coque kystique. On décortique très facilement la tumeur en s'aidant autant des yeux que des doigts, tellement l'hémorragie est peu abondante.

Après ablation complète, on touche la cavité restante à l'eau oxygénée pure. On rapproche par une première série de sutures au catgut les deux parois, puis les muscles eux-mêmes, ne laissant dans la partie inférieure de l'incision qu'une petite mèche de gaze, et on suture le reste aux crins de Florence.

Suites opératoires. — Excellentes. La mèche est enlevée au bout de vingt-quatre heures ; les fils au septième jour. Aucun suintement sanguin.

La malade quitte le service le 20 décembre complètement guérie.

Actuellement la cicatrice est à peine visible.

Examen de la tumeur. — Après l'intervention, quand on incisa la tumeur, on vit s'écouler un liquide hémato-purulent d'une quantité équivalente à peu près à celle de la contenance d'un verre à Bordeaux.

La paroi interne est tomenteuse, inégale, avec de nombreuses brides réunissant des points voisins et limitant de petits alvéoles où le pus est plus épais ; elle paraît formée d'une couche de fibrine emprisonnant du liquide brun-rougeâtre qui n'est que du sang coagulé.

La paroi est épaisse de 1 cm. 5 et l'on trouve à son intérieur deux petits kystes remplis de sang, séparés de la poche principale par une mince lamelle de parenchyme.

Le contenu examiné par M. Sevestre, interne des hôpitaux, fut reconnu amicrobien malgré les frottis pratiqués à la surface même de la paroi interne, mais contenant de nombreux polynucléaires. En somme, il s'agissait bien d'une hématocele thyroïdienne suppurée d'origine puerpérale.

Examen histologique. — Le parenchyme glandulaire est fibreux. Dans le tissu conjonctif, scléreux, les vésicules appa-

raissent plutôt petites, par places irrégulières, soit isolées, soit en îlots, soit assez souvent disposées les unes à côté des autres en gros cordon. Les cellules et la colloïde se présentent sous un aspect normal.

Tout ce tissu fibreux est très enflammé, on trouve des nodules de cellules migratrices en prédominance mononucléés. Quelques-uns sont suppurés.

Les vaisseaux, les capillaires surtout sont enflammés avec un endothélium très gonflé. La cavité du kyste contient du pus avec des globules rouges.

La paroi interne formée de tissu conjonctif est enflammée avec de très nombreuses cellules fines en réactions et des cellules de diapédèses moins nombreuses.

Un point intéressant est qu'on retrouve par place limitant cette cavité un épithélium aplati qui ressemble à l'épithélium thyroïdien plus ou moins altéré. Si bien qu'il apparaît comme à peu près certain que le processus apoplectique et suppuratif se soit passé non dans le tissu conjonctif, mais une grosse vésicule dilatée de goitre.

Deux cas d'hématocèles thyroïdiennes suppurées post-grippales, traitées par la strumectomie primitive.

(BÉRARD ET CHALIER)

OBSERVATION II

Pierre G..., cinquante-deux ans, cultivateur à Savigny (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu le 29 mars 1909. Depuis plus de vingt ans il était porteur d'un goitre médian, indolore, de

moyen volume. Il y a six ans ce goitre, jusque-là stationnaire, subit une notable augmentation de volume qui se produisit en quelques jours, sans s'accompagner cependant de gêne de la respiration ou de la déglutition.

Enfin, il y a quinze jours, à *la suite d'un refroidissement*, le goitre présenta un accroissement brusque, devint volumineux et détermina une dyspnée assez accusée.

Actuellement, on constate une tumeur thyroïdienne, bilobée, de la grosseur de deux poings, développée surtout aux dépens du lobe gauche et du lobe médian. La peau est un peu rouge et chaude, sillonnée de veines dilatées. Pas de fluctuation nette. Larynx et trachée déviés vers la droite. Dyspnée d'effort. Pas d'autres troubles de compression.

Légère élévation thermique.

Opération le 30 mars. — Par une incision basse en cravate on aborde la tumeur comme un goitre et non comme un simple abcès.

Après hémostase soigneuse des vaisseaux superficiels, on incise les muscles sous-hyoïdiens infiltrés, et l'on arrive sur la poche. Au cours des manœuvres de libération, celle-ci se rompt ; il s'en échappe plus d'un quart de litre de liquide blanc jaunâtre, analogue à du mastic délayé, auquel se trouvent mélangés des caillots d'hématocèle intra-kystique et des paillettes de cholestérine. La paroi de la poche est épaisse, indurée, crétacée par places ; on en pratique la décortication assez facilement, malgré son étendue et son siège en grande partie rétro-sternal. On fait une hémostase complète de la cavité, et l'on termine par une suture intra-dermique, interrompue en son milieu par un drainage à la gaze.

Sur un frottis de la paroi de la poche (M. Garin), on trouve

de nombreux *diplocoques* ; ces diplocoques prennent le Gram et les couleurs basiques. Pas de streptocoques. Pas de bacilles Koch.

OBSERVATION III

Jean-Pierre B. . . , quarante-quatre ans, cultivateur à Chaponost (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu le 25 mars 1909. Il était porteur, depuis une vingtaine d'années, d'un petit goitre du lobe gauche, qui ne le gênait en aucune façon.

Il y a quatre semaines, le malade prit froid, présenta des frissons, de la céphalée, des courbatures et dut se mettre au lit. A ce moment, il constata que son goitre augmentait légèrement de volume. Une nouvelle recrudescence, très brusque, se produisit il y a huit jours, accompagnée cette fois de troubles fonctionnels assez graves : douleurs cervicales vives, irradiées à la nuque, voix étouffée, dyspnée.

Ces phénomènes persistent encore au moment de l'entrée à l'hôpital. Il y a de la dyspnée avec cornage obligeant le malade à rester assis sur son lit ; la voix est éteinte ; les lèvres sont cyanosées ; dysphagie légère.

A l'examen, le cou est très volumineux ; la peau est chaude, mais ni rouge ni oedématiée. Le corps thyroïde, gros comme une tête de fœtus, est surtout hypertrophié dans ses parties gauche et moyenne. Il est douloureux à la pression et donne la sensation de rénitence profonde. Les voies aériennes sont refoulées à droite de la ligne médiane. Pas de ganglions cervicaux. Pas de troubles du sympathique. Etat subfébrile 38 degrés.

On fait le diagnostic d'hématocèle thyroïdienne suppurée,

comme chez le précédent malade, à cause de la progression par poussée avant la dernière inflammation.

Opération le 27 mars 1909. — Grande incision en cravate aux points déclives. Enucléation intra-glandulaire de trois ou quatre poches, formées par une paroi épaisse, tomenteuse, comme calcifiée çà et là, et contenant un liquide épais de couleur chocolat. Hémostase et drainage. Suture presque complète de l'incision cutanée (1).

OBSERVATION IV

(M. le professeur Bérard, *in* thèse de Troché, 1905.)

Garçon de vingt et un ans, cultivateur, porteur d'un goitre du lobe droit depuis l'âge de dix-sept ans. Il avait vu depuis trois mois augmenter assez rapidement et par poussées successives assez nettes cette grosseur.

Pendant l'hiver il avait eu une grippe, pas très prononcée, sans qu'il ait pu établir de relation entre cette légère maladie et les modifications survenues du côté de son goitre. Il entra dans le service parce que depuis dix à quinze jours il était plus spécialement gêné pour déglutir. Il éprouvait une sensation de tension dans le cou et avait au moment d'efforts ou brusquement pendant la nuit des crises de suffocation de plus en plus pénibles. Voix goitreuse non bitonale.

A l'inspection, tumeur du lobe droit du corps thyroïde reconnaissable par sa solidarité avec la trachée, recouverte

1. Cicatrisation complète et guérison des deux malades en quinze jours.

d'une peau un peu rouge, grosse comme une mandarine environ. De ce côté, les veines du cou sont un peu plus saillantes, sans circulation sous-cutanée complémentaire. A la palpation cette tumeur donne une sensation de fluctuation pâteuse, presque de rénitence. On ne peut pas l'isoler facilement à travers la peau des organes voisins auxquels elle était légèrement adhérente. A la suite de cette palpation on constate que la peau de la région conserve un peu l'impression des doigts comme s'il y avait un léger œdème. Pas de compression du récurrent, pas de signes de compression du sympathique correspondant. Pas de basedowisme.

Trois jours après l'entrée du malade, on intervient. Incision le long du conduit du sterno-mastoïdien. On ouvre sur l'aponévrose de ce muscle dont le feuillet profond a une apparence un peu inflammatoire. Cette aponévrose libérée à la sonde cannelée on arrive sur des adhérences celluleuses assez résistantes qui ne permettent pas d'attirer complètement au dehors le lobe droit de la thyroïde nettement hypertrophié. Ponction au trocart, fait sortir environ un verre à bordeaux d'un liquide chocolat renfermant des cristaux d'hématoïdine et dans lequel nagent des flocons fibrineux. Ce liquide est brun clair comme s'il s'agissait *de sang épanché depuis un certain temps et en voie de transformation par la suppuration.*

Après l'évacuation de la poche, une hémorragie en nappe peu considérable se produit dans cette poche dont l'énucléation est pourtant possible, quoique assez laborieuse. La loge qui reste après l'ablation de la tumeur donne elle-même un léger suintement sanguin arrêté par quelques points de suture en capiton. Tamponnement à la gaze.

Suture des téguments sur tout le reste de la plaie. Au bout de quinze jours le malade part guéri.

OBSERVATION V

(*Revue de Chirurgie*. Mémoire de MM. Kümmer et Tavel.)

M^{lle} Lina R..., vingt-six ans, entre comme cas d'urgence à l'hôpital Butini à Genève. Elle souffre d'une dyspnée considérable survenue à la suite d'une enflure du cou.

Dès l'âge de douze ans la malade a eu le cou gros, surtout du côté droit; différents onguents et frictions n'amenèrent aucune diminution de ce que la malade considérait comme un goitre. En faisant de gros ouvrages et en montant les escaliers elle a le souffle court, huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade fut sans cause apparente atteinte de maux de ventre et de diarrhée. Malgré l'emploi des médicaments, le dérangement intestinal persévéra, accompagné de fièvre.

Deux jours après son entrée, la malade sentit des douleurs au niveau de son goitre qui, peu à peu, enfla considérablement. La peau devint douloureuse à la pression en même temps que la malade se sentit oppressée au point de ne pas pouvoir rester étendue sur son lit.

Le muscle sterno-cléido-mastoïdien est soulevé, la carotide déjetée en arrière, on ne peut pas palper l'artère thyroïdienne inférieure. Le larynx est déjeté à gauche, sa ligne médiane se trouve dans le prolongement d'une perpendiculaire partant de l'angle interne de l'œil gauche, la tuméfaction du côté droit est de consistance dure, partout égale, à surface lisse, la tumeur monte un peu par la déglutition : du côté gauche du

larynx et de la trachée se trouve également une tuméfaction mais de consistance beaucoup plus molle que celle du côté droit et qui n'est point douloureuse à la pression.

La voix n'est pas rauque. Au laryngoscope on constate une torsion évidente du larynx avec sa partie postérieure à gauche. Les mouvements des cordes vocales sont normaux : point d'infiltration de la muqueuse.

On procède à l'extirpation de la tumeur.

Incision cutanée en forme d'angle, le rayon supérieur oblique de haut en bas et de droite à gauche, le rayon inférieur vertical. On coupe peaucier, sterno-thyroïdiens, sterno-hyoïdiens, on coupe les vaisseaux thyroïdiens supérieurs, on détache la paroi postérieure du goitre, on coupe les artères thyroïdiennes inférieures, on laisse le lobe gauche. Cavité désinfectée, pas de drainage.

L'examen de la tumeur est fait par le D^r Tavel, le kyste le plus résistant est cautérisé au fer rouge à sa surface, puis un fin couteau porté au rouge dans la flamme est plongé rapidement dans le kyste faisant ainsi une petite ouverture par laquelle s'échappe *un liquide sanguinolent brunâtre*.

Le kyste le plus gros est ensuite ponctionné de la même manière ; il s'en écoule *un liquide jaune trouble composé de cellules de pus en grand nombre, de globules rouges, de cellules épithéliales et de cristaux de cholestérine*.

L'inoculation est pratiquée immédiatement.

La tumeur est ensuite partagée, la coupe présente trois parties bien distinctes.

Examen histologique. — Le premier kyste ponctionné renferme de la matière colloïde hémorragique brun noir, de consistance gélatineuse.

Le second a une paroi d'un demi-centimètre d'épaisseur, de consistance fibreuse, hyperémiée du côté de l'intérieur du kyste.

On y remarque aussi par endroits beaucoup de vaisseaux très dilatés sans endothélium distinct et remplis de corpuscules rouges.

D'après ses constatations microscopiques et ses cultures, l'auteur croit pouvoir assurer l'origine éberthienne du pus contenu dans le kyste.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Thèse de Rascól, 1891.)

Caroline J..., âgée de trente-cinq ans, ménagère, est envoyée à Lariboisière dans le service de M. le Dr Duguet.

Elle présente une augmentation considérable de la région antéro-latérale du cou, surtout dans la moitié inférieure, avec empâtement général, rappelant bien celui d'un goitre diffus. Les veines superficielles sont fortement tuméfiées, la respiration est très gênée.

On a pratiqué le 26, en avant et à gauche du cou, une ponction explorative avec la seringue de Roux et on retire du pus sanguinolent. Le 30 nouvelle ponction, on trouve encore du pus sanguinolent.

Il persiste en bas et en avant un certain empâtement qui donne à penser à l'existence d'un petit goitre.

CONCLUSIONS

I. — Les hémotocèles thyroïdiennes suppurées peuvent être divisées en deux variétés, les hémotocèles aiguës suppurées et les hémotocèles chroniques secondairement suppurées.

II. — Elles sont caractérisées au point de vue anatomique par : 1° des végétations plus ou moins exubérantes situées sur la paroi interne de la poche thyroïdienne et contenant des vaisseaux à structure embryonnaire ; 2° par un contenu hémato-purulent le plus souvent amicrobien.

III. — Sous l'influence d'une modification quelconque de la pression sanguine intra-kystique, des hémorragies rejetées peuvent se produire et distendre la poche, soit brusquement hémotocèle aiguë, soit progressivement hémotocèle chronique.

IV. — Une infection quelconque surtout grippale ou typhique en se localisant par l'intermédiaire des veines alvalvulées de la région sur l'épanchement sanguin intra-thyroïdien constituera le deuxième stade de l'hémotocèle.

V. — Au point de vue du diagnostic, la notion d'une tumeur évoluant par poussées successives et

s'accompagnant de phénomènes généraux peu intenses, sera en faveur de l'hématocèle suppurée qu'il ne faut pas confondre avec les autres strumites et les thyroïdites.

VI. — Le traitement variera suivant la variété de la lésion et l'état du sujet, ce sera tantôt l'incision simple suivie d'une strumectomie intra-fébrile ou post-fébrile, soit la strumectomie d'emblée qui doit se faire par la méthode sous-capsulaire.

Vu : le Président de la thèse,

SEGOND

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD



Louisy, Gr 274

1. Lumière du kyste avec amas purulent.
2. Zone fibrino-purulente, réseau fibrineux encerclant des globules de pus et des polynucléaires altérés.
3. Paroi assez mince de tissu conjonctif jeune avec nombreux capillaires néoformés.
4. Corps thyroïde avec vésicules aplaties et irrégulières de forme et de dimensions.
Quelques-unes contiennent du pus.
5. Tissu conjonctif très augmenté et enflammé.

BIBLIOGRAPHIE

- Audebert.* — Thyroïdite aiguë. Typhoïde et kyste hématique du corps thyroïde, ponction simple, guérison (Journal de médecine de Bordeaux, 1877-1878, p. 589-592).
- Bickersteth.* — Large hématoçèle du corps thyroïde, causant une dyspnée intense. Traitement par l'incision simple, guérison (Month Journal med. Sc. London et Edimbourg, 1852, n° 15, p. 540-543).
- Birket (John).* — Medical Times, 1868, t. II, p. 79.
- Bauchet.* — De la thyroïdite goitre aigu et du goitre enflammé. Mémoire présenté Soc. méd. du département de la Seine, 25 juillet 1856. Gaz. heb. de Méd. et Chir., 1857, t. IV, p. 19, 52, 75, 92.
- Barling.* — Suppuration in the thyroïde gland. Birmingham med. Review, 1890, t. XVIII, p. 151.
- Broca.* — Kyste sanguin du corps thyroïde. Journal de Médecine et de Chirurgie pratique. Paris, 1879, p. 255.
— Article goitre, in Duplay et Reclus.
- Bernard.* — Quelques considérations sur les maladies du corps thyroïde et observation d'abcès multiples dans cette glande. Union médicale, Paris 1853.
- Bradley.* — Kystes hémorragiques de la glande thyroïde. Journal of experim. medicine. New-York, juillet 1896, p. 401.
- Bérard et Thévenot.* — Société de Biologie, 12 janvier 1907, in Bulletin, n° 1, p. 44.

Bérard. — Maladies du corps thyroïde in. *Traité de Le Dentu-Delbet*, 1908.

Berger. — Des tumeurs du corps thyroïde. *Rev. générale de clinique et de thérapeutique*. Paris 1905, p. 294.

Bérard et Chaliér. — Deux cas d'hématocèle suppurée post-grippale. *Lyon médical*, 3 octobre 1909, p. 547.

Chantreuil (C.). — Thyroïdite aiguë dans l'état puerpéral. *Gaz. des Hôp.*, 1866, p. 493.

Chesnais. — Thyroïdites à bacille d'Eberth. Thèse de Paris, 1901-1902.

Cruveilhier. — Kyste hématique du corps thyroïde. *Bull. Société anat.*, 1854, p. 86.

Ceci. — Struimite acuta del lobo sinistro della tiroide. *Riforma med Palermo*, 1900, t. I, p. 79.

Chastenet de Gery. — Kystes thyroïdiens. *Gaz. méd. Nantes*, 1907, XXV, p. 233.

Charvot. — Des goitres aigus. *Rev. de Chirurgie*, 1890, p. 701.

Desgranges. — Goitre hématique. *Moniteur des Hôp. Paris*, 1855, t. III, p. 289-293.

Demarguay (D.). — Notes sur les tumeurs du corps thyroïde. *Gaz. méd.*, 1860, p. 481.

Détrieux. — Considérat. sur l'inflammation aiguë de la glande thyroïde. Thèse de Paris, 1879, n° 68.

Dufour. — Absès thyroïdien : ponction, injections détersives, traitement iodé incomplet, guérison. *Recueil de médecine militaire*, Paris, 1860.

Dunger. — Sur la thyroïdite aiguë non suppurée. *Münch med. Woch.*, n° 36, 8 sept. 1908, p. 1879-1883, analyse de Fredet, in *Journal de Chirurgie*, nov. 1908, n° 8, p. 837-839.

Dickins. — Sur un cas de goitre aigu. *The Lancet*, 24 oct. 1908, n° 4, p. 443.

Delore et Chaliér. — Contrib. à la chirurgie thyroïdienne,

- goitre et strumite. Rev. de Chirurgie, 1907, p. 487.
- Derbez.* — Contribution à l'étude des kystes sanguins du corps thyroïde et de leur traitement par la ponction simple. Thèse de Paris, 1880.
- Deleuil.* — De la thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées. Thèse de Lyon, 1902, n° 27.
- Ferrer.* — Kyste hydatique du corps thyroïde. Revue médicale, 11 septembre 1909.
- Fochier (F.).* — Thyroïdite puerpérale. Comptes rendus de la Société médicale de Lyon, 1873, XIII, p. 22.
- Fontanier.* — Thyroïdite suppurée grippale. Thèse de Paris, février 1910.
- Gosselin (G.).* — Hématocèle du cou. Cliniq. chirurgicales de la Charité, t. II, p. 611, 1873.
- Gillette.* — Dict. encyclopédique des sciences médicales, t. LXI, p. 319.
- Gérard-Marchant.* — Congrès français de Chirurgie de Paris, 1891.
- Géraud.* — Corps thyroïde. Recherches histologiques et cliniques. Paris, 1908-1909.
- Guyon.* — Hypertrophie subite du corps thyroïde Arch. physiol., 1870, t. III, p. 167.
- Halbron.* — Goitre vasculaire. Bull. Société anat. Paris, janvier 1903, p. 84.
- Harnay (H.).* — Edimb. med and Surg. Journal, vol LX, p. 319.
- Himmelheber.* — Thyroïdite aiguë comme complication après une opération gynécologique. Centralblatt für Gynäkologie, n° 35, 28 août 1909.
- Joffroy.* — Goitre et grossesse. Union médicale. Paris, 1892.
- Jaboulay (J.).* — Technique, énucléation intra-glandulaire. Bull. méd., 1907, p. 949.
- Thyroïdite pseudo-néoplasique, Gaz. des Hôp. Paris, 1907, p. 351.

- Jacquemart.* — Des hémorragies post-opératoires dans la thyroïdectomie. Thèse de Paris, 1897.
- Kirmisson.* — Goitre suppurant, du kyste du corps thyroïde de cause puerpérale. Rev. de Thérapeutique médico-chirurgicale. Paris, 1884, t. XXXII, p. 484.
- Krieshaber.* — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Article goitre, t. LXXXV, p. 509.
- Kümmer.* — Revue de Chirurgie, 1891.
- Lardiley (L.).* — Etude sur le goitre enflammé et le goitre suppuré. Thèse de Paris, 1881, n° 173.
- Lebert.* — Inflammation de la glande thyroïde physiopathol., t. I, p. 151. Paris, 1845.
- Lecène et Metzger.* — Annales de gynécologie et d'obstétrique, février 1910, p. 76-87.
- Labbé.* — Kyste suppuré du corps thyroïde. Thyroïdectomie, guérison. Ann. des Malad. Oreilles. Paris, 1883, t. IX, p. 146-149.
- Lévi et Rothschild (H.).* — Société de Biologie, 12 mai 1906.
- Lapanra.* — Goitre et grossesse. Thèse de Paris, 1900.
- Mermet (M.).* — Goitre hémato-folliculaire. Bull. Société anat. Paris, 1896.
- Nélaton (N.).* — Traité de Pathologie, t. III, p. 382.
- Orsat.* — Hématocèle thyroïdienne suppurée. Ablat. poche. Lyon médical, 15 nov. 1909, p. 563-572.
- Ouzaneau (O.).* — Du corps thyroïde et de ses maladies. Strasbourg, 1861.
- Poisson (P.).* — Hémorragie dans un corps thyroïde normal. Gaz. méd. de Nantes, 1885-1886, IV, p. 17.
- Pasturaud.* — Hématocèle du cou. Bull. Soc. anat. Paris, 1873, p. 86.
- Pruvost.* — Kyste suppuré du corps thyroïde. France médicale. Paris, 1881, p. 711-713.
- Pastriot.* — Etude sur les goitres dépendant de la grossesse et de l'accouchement. Thèse de Paris, 1876.

- Peut.* — Étude sur les kystes hémorragiques du corps thyroïde. Thèse de Paris, 1885.
- Quervain* (de). — De la thyroïdite non suppurée. XXXI^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie, 1902.
- Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Sept. 1909, p. 334 et *Lyon chirurgical*, 1907, n^o 7.
- Roger et Garnier.* — Recherches expérimentales sur les infections thyroïdiennes. Presse médicale. Paris, 1900, II, p. 93-97.
- Rascol.* — Contribut. à l'étude des thyroïdites infectieuses. Thèse de Paris, 1891.
- Roger.* — Thyroïdite suppurée à bacille d'Eberth. Montpellier médical, 1907, 2^e série, XXIV, 165-193.
- Rivière.* — La glande thyroïde et les goitres. Thèse de Lyon, 1893.
- Sédillot* (S.) et *Cochur.* — Kyste hémorragique thyroïdien. Gaz. des Hôp., 1862, p. 102.
- Schepperd et Duval.* — L'histo-pathologie du goitre. Annals of Surgery, juillet 1909. n^o 1.
- Tillaux* (T.) — Kyste sanguin du corps thyroïde. Bulletin et Mémoires, Société de Chirurgie. Paris, 1884, p. 584.
- Tardiveau.* — Dissertation sur les maladies de la glande thyroïde. Paris, 1803.
- Turro.* — Action du suc thyroïdien sur le vibron du choléra et le bacille d'Eberth. Société de Biol., 3 mars 1896.
- Torri.* — La thyroïde dans les maladies infectieuses. II. Polyclinico, 15 mars, 15 avril, 15 mai 1900.
- Trélat.* — Thyroïdite aiguë dans l'état puerpéral. Gaz. des Hôp. Paris, 1866, n^o 39, p. 493.
- Troché.* — Des hématoécèles thyroïdiennes. Thèse de Lyon 1905, n^o 83.
- Ulmann* (U.). — Relations entre l'utérus et le corps thyroïde, XXII^e Congrès de l'Association française de Chi-

rurgie. Presse médicale, n° 31, 9 oct., p. 716-717
et n° 84.

Vincent. — Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. Paris,
14 juin 1906, n° 20, p. 602.

Viannay. — Un cas de strumite avec ablation secondaire du
goître. Prov. méd. Lyon, 1900, XV, 403-404.

Williams (W.). — Kyste sanguin ou hématocele du cou.
The Lancet, 1864, t. II, p. 631.

Wehmer. — Etiologie et diagnostic de la thyroïdite suppurée.
Thèse de Munich, 1898.

